

비상 건강 정보(비밀)

이름 _____ 생년월일 _____ 성별 남 여
 성 이름 가운데 이름

학교 _____ 학년 _____ 교사 _____

학부모/보호자에게 알림: 여러분의 아이에게 생명을 위협하는 건강상 문제(심한 벌침 알레르기, 심한 음식 알레르기, 심한 천식, 불안정 당뇨, 심한 발작 등)가 있을 경우, 워싱턴주 법률 SHB 2834에 의거하여 매 학년의 첫날에 약물 또는 치료 명령 및 보건 계획이 마련되어야 합니다. 바로 여러분 아이의 보건 교사를 만나십시오.

여러분의 아이에게 안전하고 건강한 환경을 제공하기 위해 이 정보는 교장, 보건 교사, 아이의 교사, 사무원, 보건실 책임자, 의료 비상 담당자에게 제공됩니다.

A. 의료 기록 (해당 항목들을 선택하고 의견 부분에 설명해 주십시오)

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> 에피네프린 자동 주입기 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 불안/우울 | <input type="checkbox"/> 위장 문제 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 천식 | <input type="checkbox"/> 청각 문제 | |
| <input type="checkbox"/> 자폐증 | <input type="checkbox"/> 심장 문제 | |
| <input type="checkbox"/> 벌침 알레르기 | <input type="checkbox"/> 과호흡 | |
| <input type="checkbox"/> 출혈성 장애 | <input type="checkbox"/> 편두통 | 체육 활동: |
| <input type="checkbox"/> 뇌성 마비 | <input type="checkbox"/> 정형외과적 문제 | <input type="checkbox"/> 제한 |
| <input type="checkbox"/> 색맹 | <input type="checkbox"/> 발작 | <input type="checkbox"/> 비제한 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨 | <input type="checkbox"/> 시각 문제 | 설명: _____ |

의견: _____

B. 알레르기 약물/벌침/음식 알레르기 등 여러분의 아이에게 있는 알레르기를 모두 기재하십시오.

알레르기의 원인	_____	치료	_____
알레르기의 원인	_____	치료	_____
알레르기의 원인	_____	치료	_____

C. 투약: 약을 집에서 먹습니까? 예 아니요

약물 이름	1) _____	치료 대상 질환:	1) _____
	2) _____	치료 대상 질환:	2) _____

약을 학교에서 먹어야 합니까? 예 아니요

약물 이름	1) _____	치료 대상 질환:	1) _____
	2) _____	치료 대상 질환:	2) _____

****여러분의 학생이 한약을 먹고 있습니까?** 예 아니요

약물 이름.	1) _____	치료 대상 질환:	1) _____
--------	----------	-----------	----------

학교에서 투약을 하기 전에 학부모와 유자격 보건 제공자가 사무실에서 또는 온라인으로 약물 투여 양식을 작성하고 양식이 보관되어야 합니다.

다음으로 >

D. 모든 수술, 부상 또는 입원 기록을 날짜와 함께
기재하십시오.

E. 여러분의 아들/딸이 안경을 착용합니까? 예 아니요 콘택트 렌즈 착용 예 아니요

F. 의사/보건 제공자 성명: _____ 전화번호 _____
치과 의사 성명: _____ 전화번호 _____
선호 병원: _____
보험 회사: _____

G. 학부모 성명: _____
학부모/보호자 1 학부모/보호자 2

집 전화:	() _____	() _____
직장 전화:	() _____	() _____
휴대폰:	() _____	() _____
이메일:	_____	_____
주택 주소:	_____	_____

도시: _____ 우편번호: _____

학생 동거 여부: 모두 학부모/보호자 1 학부모/보호자 2

기타: 이름: _____ 관계: _____ 전화번호 _____

H. 의료적 비상 시 학부모/보호자에게 연락이 안 될 경우,
연락처: (지역 연락처 기재)

이름: _____ 관계: _____

집 전화번호: () _____ 휴대폰: () _____

비상 시 학부모/보호자에게 연락이 안 될 때와 학교 당국의 판단으로 즉시 관찰 또는 치료가 긴급히 필요할 때, 나는 학교 당국이 아이를 가장 접근이 쉬운 병원 또는 유자격 보건 제공자에 보낼 수 있도록(적절한 동행자 동반) 권한을 부여합니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____