

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**  
**MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF**  
**HEALTH AND HUMAN SERVICES**  
 Rockville, Maryland 20850

**처방전 약 투여 허가서**  
**양도 및 보증 합의서**  
 AUTHORIZATION TO ADMINISTER PRESCRIBED MEDICATION  
 Release and Indemnification Agreement - Korean

**제 1 부-부모/후견인 작성**

Montgomery County Public Schools (MCPS) 와 Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS)의 직원에게 다음 제 2부에 명시한 의사에 의한 처방약의 투여를 요청 및 위임합니다. 저는 제 2부에 기재된 의사의 처방약을 MCPS와 MCDHHS 직원이 학생에게 복용하도록 하는 것에 대해 MCPS와 MCDHHS와 그 관리자와 직원, 기관에게 어떤 손해도 가해지지 않도록 할 것이며, 또한 어떤 소송, 요구, 명령, 반대되는 행동을 취하지 않을 것을 동의하며 이를 보장합니다. 저는 이 서류 뒷면에 약속되어 있는 과정에 대해 읽었으며 요구되는 책임은 본인에게 있음을 인정합니다.

I hereby request and authorize Montgomery County Public Schools (MCPS) and Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) personnel to administer prescribed medication as directed by the physician (Part II below). I agree to release, indemnify, and hold harmless MCPS and MCDHHS and any of their officers, staff members, or agents from lawsuit, claim, demand, or action against them for administering prescribed medication to this student, provided MCPS and MCDHHS staff are following the physician's order as written in Part II below. I have read the procedures outlined on the back of this form and assume the responsibilities as required.

학생 Student: \_\_\_\_\_ 생년월일 Birthdate: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 학교 School: \_\_\_\_\_

처방전 Prescription:  갱신 Renewal  새 처방 New

새 처방의 경우, 첫 일일량을 집에서 복용시키십시오.  
 If new, the first full day's dosage was given at home on: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

학생이 복용하는 모든 약을 적으십시오. -비처방전을 포함함  
 List all medication(s) student is taking, including over-the-counter medication(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 학부모/후견인 서명 Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
 전화번호/Phone Number

\_\_\_\_\_  
 날짜/Date

**PART II—TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN/ 담당 의사가 작성할 것**

The Montgomery County Department of Health and Human Services and the Montgomery County Public Schools discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in septic emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight held trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

**PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION**

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_  
Trade name and/or generic

Dosage: \_\_\_\_\_ Time(s) To Be Given At School: \_\_\_\_\_

Route of Administration: \_\_\_\_\_ Effective Dates: From \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ To \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Side Effects: \_\_\_\_\_

If PRN, specify:

When indicated (signs/symptoms) \_\_\_\_\_

Frequency of administration \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Physician's Name (print/type)

\_\_\_\_\_  
 Physician Signature

\_\_\_\_\_  
 Phone Number

\_\_\_\_\_  
 Date

**SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL**

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and EpiPens® **must** be authorized by the prescriber and be approved by the school nurse according to the State medication policy:

Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

School RN approval for self-carry/self-administration of emergency medication \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PART III—TO BE COMPLETED BY THE PRINCIPAL OR SCHOOL NURSE/ 교장 또는 보건 교사가 작성할 것**

**Check as appropriate:**

- Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the physician's stationery/prescription blank.)
- Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
- Medication label and physician order are consistent.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

## 서류 기입 안내와 기입 방법

- 1 학부모/후견인의 서면 허락과 의사의 서면 지시 사항 없이 학교 또는 학교가 후원하는 활동에서 어떤 약도 복용할 수 없습니다. 이는 처방약과 비 처방약을 포함합니다.
- 2 학부모/후견인은 제 1부를 작성하고 제 2부의 의사 소견서를 받아 올 의무가 있습니다. 이는 매 학년도마다 모든 경우(새로운 약 또는 계속되는 약)와 학년도 중에 처방량과 시간 등이 바뀌었을 경우에 요구됩니다. (의사는 다음 2부를 대신하여 사무용지 또는 처방전용 용지를 사용할 수도 있습니다) 필요한 정보는 다음을 포함합니다: 학생 이름, 진단, 약 이름, 복용량, 복용회수, 처방 유효 기간, 부작용, 의사 서명, 날짜.
- 3 복용을 위한 약은 학부모/후견인 또는 특별한 경우 학부모/후견인이 지명한 성인이 가지고 와야합니다. 어떤 경우에도 학생이 보건교사(MCDHHS) 또는 학교 교직원(MCPS)에게 약을 가지고 올 수 없습니다.
- 4 모든 처방약은 약사가 제공한 표지가 부착된 용기에 제공되어야 합니다. 비처방약은 상표가 붙어 있는 원래 용기에 든 상태로 제공 해야 합니다. 의사용 샘플약은 의사의 적절한 표지가 있어야 합니다.
- 5 새로운 약의 나머지 일일 복용량은 학교에서 투여되기 전에 가정에서 복용되어야 합니다.
- 6 학부모/후견인은 의사의 처방 유효 기간 일주일 이내, 혹은 학년도 말에 사용하지 않은 약을 수거할 의무가 있습니다. 이 기간에 수거되지 않은 약은 폐기처분됩니다.
- 7 본인 관리의 또는 비처방약 복용은 학부모/후견인의 책임이며 Montgomery County Public Schools 또는 Montgomery County Department of Health and Human Services의 책임이 아닙니다. 의사의 지시사항이 첨부되어 있지 않거나 학부모의 동의서가 없는 의약은 보건실에서 보관할 수 없습니다.
- 8 학생은 규제약물을 자기투여할 수 없습니다.
- 9 비상시 사용을 위해 본인이 소지하는 천식과 아나필락시스용 흡인기 등의 약은 의사의 지시 사항과 학부모 동의서가 필요합니다. 이 경우 학교 보건 교사는 학생이 약을 판단하여 사용할 수 있는지를 확인하여 허락해야 합니다. 흡인기를 사용해도 나아지지 않을 경우 또는 EpiPen를 본인이 사용할 경우는 보건 담당 직원이나 MCPS 직원에게 보고하여 필요한 경우는 911로 연락할 수 있도록 해야 함을 꼭 숙지하시기 바랍니다.
- 10 보건담당교사는 학생과 학생의 처방약에 대해 궁금한 점이 있을 경우, HIPAA의 허가 규정에 따라 처방자에게 전화할 수 있습니다.