

በህክምና የታዘዘ መድሐኒት ለመስጠት የሚሰጥ መተማመኛ/ፈቃድ

የካሳ ክፍያ ጥያቄ እና ከተጠያቂነት ነፃ ማድረጊያ ስምምነት
Release and Indemnification Agreement



የሞንጎመሪ ካውንቲ የሕዝብ ት/ቤቶች (MCPS)
የሞንጎመሪ ካውንቲ የጤና እና ሰብአዊ አገልግሎቶች መምሪያ (DHHS)
Rockville: Maryland 20850

የ MCPS ቅጽ 525-12
ፌብሩዋሪ 2019
h2 ገጽ 1ኛው

ክፍል I :- በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ

የሞንጎመሪ ካውንቲ ፕብሊክ ስኩልስ (MCPS) እና የጤና እና ሰብአዊ አገልግሎቶች መምሪያ (DHHS) ባልደረቦች ፈቃድ ባለው/ባላት የህክምና ባለሙያ አማካይነት የታዘዘ (ከዚህ በታች በክፍል 2 ያለውን) የህክምና መድሃኒት እንዲሰጡ እየጠየቅሁ ስልጣኑንም ሰጥቻቸዋለሁ። የ MCPS እና የ DHHS ባልደረቦች በክፍል ሁለት/Part II ላይ በተፈቀደለት/ላት የህክምና ባለሙያ ትእዛዝ በተጻፈው መሠረት ለዚህ(ች) ተማሪ ህክምና በመስጠታቸው ምክንያት፣ ክስ/ክርክር፣ ይገባኛል፣ ጥያቄ፣ ወይም በእነርሱ ላይ እርምጃ ላለመውሰድ እና MCPS እና DHHS እና ማናቸውንም የእነርሱን ኃላፊዎች፣ የሥራ ባልደረቦች፣ ወይም ተወካዮቻቸውን ጉዳት ከሚያስከትል ተጠያቂነት ነፃ በማድረግ የጉዳት ካሳ እንደማልጠይቅ፣ ተስማምቻለሁ። የህክምና እርዳታው የጤና ባለሙያ ያልሆነ(ች) ፈቃድ ካለው/ካላት ባለሙያ ስልጠና በወሰደ/ች አፈሰር፣ የስራ ባልደረባ፣ ተቀጣሪ፣ ወይም በ MCPS እና/ወይም DHHS ተጠሪ ሊሰጥ እንደሚችል ተገንዝቤአለሁ።

የተማሪው(ዋ) ስም: _____

የአያት ስም _____ መጠሪያ ስም የአባት ስም የመጀመሪያው ፊደል _____

የመታወቂያ ቁጥር/MCPS ID# _____ የትውልድ ቀን ____/____/____ የት/ቤት ስም _____

ፊርማ:- ወላጅ/ሞግዚት _____ ስልክ ____-____-____ ቀን ____/____/____

ክፍል II :- መድሃኒት የማዘዝ ፈቃድ ባለው/ባላት የጤና ባለሙያ የሚሞላ

የህክምና እርዳታዎቹ የጤና ባለሙያ ያልሆኑ ባለሙያዎች በ MCPS ውስጥ ሊሰጡ እንደሚችሉ እረዳለሁ። እነኝህ ግለሰቦች የህክምና እርዳታውን/(ዎችን)፣ እንዲያደርጉ የተመደቡ የ MCPS ተቀጣሪዎች፣ ወይም የDHHS የት/ቤት ጤና ክፍል ቴክኒሻን ሊሆኑ ይችላሉ። እነኝህ ግለሰቦች የተወሰነ/የተለየ የህክምና እርዳታ መስጠት እንዲችሉ በት/ቤቱ የማህበረሰብ ጤና ነርስ (SCHN) ይሰለጥናሉ።

የህክምና _____ ምርመራ _____

በምን ያክል ጊዜ እንደሚሰጥ (ተቀባይነት የማይኖረው የጊዜ ገደብ፣ ይኼውም:- በየ 2 እስከ 4 ሰዓታት) _____

PRN ከሆነ ሲገለጽ ይለይ (ፍንጮች/ምልክቶች) _____

ህክምና የሚጀምረው በዚህኛው የትምህርት ዓመት፣ ወይም ተግባራዊ የሚደረግባቸው ቀኖች ____/____/____ እስከ ____/____/____

ለከሰቱ የሚችሉ ችግሮች እና/ወይም ልዩ አስተያየቶች/ግንዛቤዎች

ለህክምና እርዳታው የሚያስፈልጉ የመገልገያ እቃዎች፣ ማንኛውንም ልዩ ጥንቃቄ እና አያያዝ ያጠቃልላል

ሪፖርት የሚደረጉ የህመም ምልክቶች/ክትትሎች

ሠራተኞች ሊያወቁት የሚገቡ ሌሎች የተማሪ ሁኔታ(ዎች)ን እና/ወይም ምርመራ(ዎች)ን ይዘርዝሩ

መድኃኒት ያዘዘ(ች)ው ኃላፊነት ያለው/ያላት ስም (ይጻፉ) _____

መድኃኒት ያዘዘ(ች)ው ፊርማ _____

ስልክ ____-____-____ ቀን ____/____/____

ክፍል III:- በት/ቤት ማህበረሰብ ነርስ ወይም በርእሰመምህር የሚሞላ/PART III: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL

Parts I and II are complete, including signatures.

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal _____ Date ____/____/____

መግለጫዎች/መረጃ

በህክምና የታዘዘ ህክምና/እንክብካቤ/“Medically prescribed treatment” ማለት የህክምና አገልግሎቶች/“medical services” ማለት አይደለም በ Individuals with Disabilities Education Act{21}፣ 34 C.F.R. Section 300.13፣ እና/ወይም Code of Maryland Regulations{25}፣ 13A.05.01.02 በተደነገገው መሰረት። የሽንት ካቲተር ለማድረግ (urinary catheterization)፣ በጉሮሮ ቀዶ መመገብ (tracheostomy)፣ በሆድ ዕቃ በኩል መመገብ (gastrostomy feedings)፣ እና በአፍ ፈሳሽ/አየር መጥጦ ማስወጣት (oral suctioning) ለመሳሰሉ እንክብካቤዎች/ህክምና SCHN በማማከር ይህን ቅጽ መጠቀም ያስፈልጋል። እነዚህ የተወሰኑ ህክምናዎች ማሳያዎች ብቻ ናቸው እንጂ ሁሉን የሚያጠቃልል ዝርዝር አይደለም። ለበለጠ መረጃ/ኢንፎርሜሽን SCHN ያማክሩ።

1. ወላጅ/አሳዳጊው እዚህ ቅጽ/ፎርም ላይ የህክምና ትእዛዝ (ክፍል 2) ማግኘትና ፈርሞ (ክፍል 1) ለት/ቤት የመመለስ ሃላፊነት አለበት። የሚያገለግለው ለተፈረመበት የትምህርት አመት ብቻ ነው። በእያንዳንዱ አመት፣ እና በሚሰጠው የህክምና እርዳታ ወይም ህክምናው በሚሰጥበት ሁኔታዎች ለውጥ በኖረ ቁጥር አዲስ ቅጽ መቅረብ አለበት።
2. ርእስ መምህር እና/ወይም SCHN በፎርም ላይ የሚገኙት ሁሉም ነገሮች መሟላታቸውን ያረጋግጣሉ። ይህ ፎርም በተማሪው(ዋ) የጤና ፋይል ላይ መቀመጥ አለበት።
3. ህክምናውን ለማድረግ አስፈላጊ የሆነውን መገልገያ የማቅረብ እና መገልገያውን በጥሩ ሁኔታ መጠበቅ የወላጅ/አሳዳጊ ሃላፊነት ነው። በተጨማሪ፣ ማንኛውንም የቀረበውን መገልገያ የት/ቤት አመት በአለቀ ከአንድ ሳምንት ባልበለጠ ጊዜ መሰብሰብ የወላጅ/የአሳዳጊ ሃላፊነት ነው።
4. የካሳ ክፍያ እና ከተጠያቂነት ነፃ ማድረጊያ ስምምነት እና የህክምናው ዓይነት በጤና ባለሙያ ስለመታዘዙ መግለጫ እና ወላጅ/የሞግዚት በፊርማ የተረጋገጠ ፈቃድ ካልተሰጠ በስተቀር በትምህርት ቤት ወይም ት/ቤት በሚደግፋቸው እንቅስቃሴዎች ህክምና አይሰጥም።
5. SCHN የ Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) በሚፈቅደው መሠረት፣ ስለተማሪው(ዋ) ወይም እና/ወይም ለተማሪው(ዋ) ስለታዘዘው ህክምና ጥያቄ ከተነሣ ኃላፊነት ላለው መድሃኒት ላዘዘ(ች) ው አካል ይደውላል/ትደውላለች።