Giấy Cho Phép Cung Cấp Điều Trị Y Khoa Được Chỉ Định

Thỏa Thuận Miễn Trừ Trách Nhiệm và Bồi Thường

CÁC TRƯỜNG CÔNG LẬP QUẬN MONTGOMERY
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Rockville, Maryland 20850

PHẦN I: DO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ ĐIỀN

Tôi yêu cầu và cho phép nhân viên của Các Trường Công Lập Quận Montgomery (MCPS) và Sở Y Tế và Xã Hội (DHHS) Quận Montgomery cung cấp việc điều trị y khoa được chỉ định theo sự chỉ dẫn của người cung cấp dịch vụ y tế có phép (Phần II, dưới đây). Tôi đồng ý để miễn trừ trách nhiệm, bồi thường, và không khiếu nại MCPS và DHHS và bất cứ quan chức, nhân viên, hay đại lý nào của họ tránh khỏi kiện tụng, yêu cầu bồi thường, hay hành động chống lại họ vì đã cung cấp điều trị cho học sinh này, miễn là nhân viên MCPS và DHHS đã tuân theo chỉ dẫn của người cung cấp dịch vụ y tế có phép như được viết trong phần II. Tôi biết rằng điều trị có thể được cung cấp bởi một giới chức, thành viên, nhân viên hay đại lý của MCPS và/hay DHHS mà là một chuyên gia không thuộc ngành y tế mà đã được nhận huấn luyện từ một chuyên viên y tế có giấy phép.

Tên Học Sinh: Họ _____ Tên_____Tên Lót_____

MCPS ID# _____ Ngày Sanh _____ Tên Trường Học_____

Chữ ký, Phụ huynh/Giám hộ _____ Số Điện Thoại ____-____-_____ Ngày ____/____/_____

PART II: TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (DO NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ CÓ PHÉP ĐIỀN)

I understand that treatments may be administered in MCPS by non-health professionals. These individuals may be employees of MCPS who are designated to administer the treatment(s), or the DHHS School Health Room Technician. These persons will be trained by the School Community Health Nurse (SCHN) to give the specific treatment.

Treatment_____Diagnosis_____

Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) _____

If PRN specify when indicated (signs/symptoms) _____

Treatment orders effective ❑ Current school year, ***or*** ❑ Effective dates ____/____/_____ to ____/____/_____

Possible complications and/or special considerations

Equipment needed for treatment, including any special care and handling

Symptoms/observations to be reported

List other condition(s) and/or diagnosis(es) of student that staff need to be aware of

Authorized Prescriber's Name (print/type)_____

Authorized Prescriber Signature _____

Phone Number _____-_____-_____ Date ____/____/_____

PART III: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL (DO Y TÁ TRƯỜNG HAY HIỆU TRƯỞNG ĐIỀN)

❑ Parts I and II are complete, including signatures.

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

HƯỚNG DẪN/THÔNG TIN

"Điều trị y khoa được chỉ định" không có nghĩa là "các dịch vụ y khoa" như được định nghĩa trong quy định của Individuals with Disabilities Education Act, 34 C.F.R. Section 300.13, và/hay Code of Maryland Regulations, 13A.05.01.02. **Mẫu đơn này phải được dùng với sự tham khảo với SCHN cho những điều trị như: đặt ống thông nước tiểu, mở thông khí quản, tiếp thức ăn bằng mở thông dạ dày, hút dịch qua đường miệng. Đây chỉ là minh họa của những điều trị thông thường và không phải là một danh sách đầy đủ. Tham khảo với SCHN cho thêm thông tin.**

1. Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm lấy chỉ dẫn của người cung cấp dịch vụ y tế có phép (Phần II) trên đơn này, ký tên trên mẫu đơn này (Phần I) và gởi lại cho trường. Đơn chỉ hiệu lực trong niên học mà nó đã được ký tên. Một đơn mới phải được nạp mỗi năm, và mỗi khi có sự thay đổi trong việc điều trị y khoa hay điều kiện mà trong đó điều trị phải được tiến hành.

2. Hiệu trưởng **và/hay** SCHN sẽ bảo đảm là tất cả các mục trên mẫu đơn đã hoàn tất. **Mẫu đơn phải có trong hồ sơ của tập hồ sơ y tế của em học sinh.**

3. Trách nhiệm của phụ huynh/giám hộ là phải cung cấp thiết bị cần thiết hầu thực hiện việc điều trị và phải giữ gìn thiết bị trong tình trạng hoạt động tốt. Thêm nữa, trách nhiệm của phụ huynh/giám hộ là phải thu lại bất cứ thiết bị nào đã cung cấp không trễ hơn là một tuần sau khi niên học chấm dứt.

4. Điều trị y khoa sẽ không được thực hiện trong trường hay trong các hoạt động do trường bảo trợ mà không có giấy cho phép và miễn trừ trách nhiệm có chữ ký của phụ huynh/giám hộ và lời chỉ định của người cung cấp dịch vụ y tế có phép.

5. SCHN sẽ gọi người cung cấp dịch vụ y tế có phép, thể theo sự cho phép của Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), nếu có một câu hỏi đặt ra về em học sinh và/hay việc điều trị theo chỉ định của học sinh này.