

授权在学校进行治疗和医疗程序

以下部分是由家长/监护人来填写:

(请用正楷填写)

学校 _____ 年级 _____ 生日 _____

学生姓名 _____ 性别 _____
(姓) (名)_____
(提供医疗保健者的名称)_____
(地址)_____
(电话号码)**请只勾选一个方格:**

- 本人要求校方的权威人士帮助我的孩子来进行以下所描述的治疗方法或程序。
- 我(学生本人)代表自己签署这份表格(RCW 26.28.015 或 RCW 70.02.130), 同时让学校的权威人士来进行以下所描述的治疗方法或程序。
- 本人同意让西雅图校区和医疗保健提供者之间交换资料。

(日期)_____
(家长/监护人/学生签名)_____
(住家电话)_____
(紧急联络电话)

以下部分是由医疗保健者来填写:

(请用正楷填写)

在上学期期间需要进行该程序的时间/频率 (QID 或更多)。

诊断出需要进行治疗/程序: _____

目的/目标: _____

治疗/程序(请描述): _____

所需的设备或用品: _____

时间 在学校进行的治疗/程序: _____

时间 在24小时之内 (在正常上课日之外紧急留在学校): _____

评语/建议: _____

我们建议这种治疗/程序所需的时间: _____

(日期)_____
(医疗保健者的签名)