

ỦY QUYỀN CHO CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ QUY TRÌNH ĐƯỢC THỰC HIỆN TẠI TRƯỜNG HỌC

PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ hoàn thành các mục dưới đây:

(vui lòng viết in)

Trường học _____ Lớp _____ Ngày sinh _____

Tên học sinh _____ (Họ) _____ (Tên) _____ Giới tính _____

_____ (Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe)

_____ (Địa chỉ)

_____ (Điện thoại)

Vui lòng chỉ đánh dấu vào một ô:

- Tôi yêu cầu những người được ủy quyền ở trường hỗ trợ con tôi bằng cách thực hiện điều trị hoặc quy trình được mô tả bên dưới.
- Tôi (học sinh) ký tên vào biểu mẫu này thay mặt tôi (RCW 26.28.015 hoặc RCW 70.02.130) và cho phép những người được ủy quyền tại trường thực hiện điều trị hoặc quy trình mô tả bên dưới.
- Tôi cho phép trao đổi thông tin giữa Học khu Seattle và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

_____ (Ngày)

_____ (Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ/Học sinh)

_____ (Điện thoại)

_____ (Điện thoại khẩn)

NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE điền vào các mục dưới đây:

(vui lòng viết in)

Thời gian/tần suất yêu cầu quy trình phải được thực hiện trong ngày học (QID hay thêm).

Chẩn đoán cho điều trị/quy trình được đưa ra: _____

Mục tiêu/mục đích: _____

Điều trị/quy trình (mô tả): _____

Thiết bị hoặc Vật tư cần thiết: _____

Thời gian Điều trị/quy trình sẽ được thực hiện tại trường: _____

Thời gian được thực hiện trong 24 giờ (ở lại trường khẩn cấp ngoài ngày học bình thường): _____

Nhận xét/Đề nghị: _____

Khoảng thời gian điều trị/thủ tục này được khuyến nghị: _____

_____ (Ngày)

_____ (Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe)