

응급 의료 승인 양식

ORC 3313.712

신분증 _____

학생 이름 _____ Grade _____ Teacher _____

주소 _____ 마지막 _____ 먼저 _____ DOB _____ Bus _____

이메일 _____

집 전화는 _____ 보관 정보 / with _____ 을 사는

목적: 아프거나 부모 또는 보호자에 도달 할 수 없을 때 학교 당국에서 동안 부상이 될 어린이를 위한 응급 처치의 제공을 승인 부모와 보호자를 활성화합니다. 필요할 때 다른 사람이 학교에서 아이를 픽업 할 수 있습니다.

첫 번째 호출

어머니의 이름 : _____ 주간 전화 : _____ 세포 산도 _____ □

주소 : _____ 일 : _____ 아버지의 이름 :

_____ 주간 전화 : _____ 세포 산도 _____ □

주소 : _____ Work _____ 기타의 이름 :

_____ 주간 전화 : _____ 세포 산도 _____ □ 기타의 이름 :

_____ 주간 전화 : _____ 세포 산도 _____ □ 기타의 이름 :

_____ 주간 전화 : _____ 세포 산도 _____ □

지구에 참석하는 형제 자매 (이름 및 건물) _____

PART I 또는 II 절대로 필요한 것 완료

1 부 - 동의를 부여하려면

나는 이에 동의 다음과 같은 의료 제공자와 지역 병원에 대한 호출되는 :

의사 : _____ 전화 : _____ 치과 의사 :

_____ 전화 : _____ 의료 전문가 :

_____ 전화 : _____ 지역 병원 :

_____ 응급실 전화 : _____ 자녀가 현재 착용하거나 지금 착용하고 있는가 : _____

안경 _____ 콘택트 렌즈 _____ 보청기 _____

경우 합리적인 시도에서 본인은 내 동의를, 내가 실패했다 연락하는 (1) 어떤 치료의 관리가 위에 언급 된 의사가 필요하다고 인정하는, 또는 경우에 지정 선호 개업 다른 라이선스 의사를 사용할 수없는 또는 치과 의사 : (2) 합리적으로 액세스 할 수있는 병원으로 아이의 전송.

이러한 수술의 필요성에 동의하는 다른 두 라이선스 의사 또는 치과 의사의 의료 의견이 같은 수술의 성능 이전에 획득하지 않은 경우,이 권한은 큰 수술을 포함하지 않습니다.

*** 약물 취해지고 알레르기, 그리고 의사가해야 어떤 물리적 손상을 포함하여 아동의 의료 기록에 관한 사실

경고 : _____

(날짜)

(부모 / 보호자의 서명)

주소 : _____

PART II - 동의를 거부 할

나는 나의 동의를하지 않음 내 아이의 응급 의료 치료를 위해. 질병이나 부상이 필요한 응급 치료의 경우 나는 다음과 같은 조치를 취할 수있는 학교 당국을 기원합니다 :

(날짜)

(부모 / 보호자의 서명)

주소: _____

당신이 우리 자녀와 관련된 직원과 관련 의료 정보를 공유하지 않으려면이 확인란을 선택합니다.