

비밀 응급 건강 정보



성명: _____ 생년월일: _____

학교: _____ 학년: _____

학부모/보호자에게 알려 드립니다: 자녀에게 **생명을 위협하는 건강 문제**(예: 에피펜이 필요한 중증 알레르기, 중증 천식, 인슐린 의존성 당뇨병, 중증 발작 등)가 있는 경우, **워싱턴주법 SHB 2834 에 따라** 매년 자녀의 첫 등교일 **전에** 약물 또는 치료 지시서와 건강 관리 계획이 마련되어 있어야 합니다. 자세한 내용은 학교 보건교사에게 문의해 주십시오.

여러분의 자녀에게 안전하고 건강한 환경을 제공하기 위해서 다음 사람에게 이 정보가 공개됩니다. 교장, 보건교사, 학생의 교사, 사무실 전문가, 보건실 담당 직원 및 응급 의료 요원.

건강 문제: 아래의 각 상태에 대해서,

현재 자녀에게 해당되는 상태에 대해 각 상자에 체크하고 의견란에 설명해 주십시오.

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 에피펜이 필요한 알레르기 | <input type="checkbox"/> 출혈 장애 | <input type="checkbox"/> 청력 문제 |
| <input type="checkbox"/> 인슐린 의존성 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 신경학적 질환 | <input type="checkbox"/> 눈/안과 질환 |
| <input type="checkbox"/> 천식 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> ADHD |
| <input type="checkbox"/> 발작 | <input type="checkbox"/> 불안 | <input type="checkbox"/> 자폐증 |
| <input type="checkbox"/> 기타 생명을 위협하는 건강 문제 | <input type="checkbox"/> 정신 건강 질환 | <input type="checkbox"/> 내분비 질환 |
| <input type="checkbox"/> 약물 알레르기 | <input type="checkbox"/> 소화기 질환 | <input type="checkbox"/> 수면 장애 |
| <input type="checkbox"/> 음식 알레르기/과민증(생명을 위협하지는 않음) | <input type="checkbox"/> 만성 두통/편두통 | <input type="checkbox"/> 면역력 저하 |
| <input type="checkbox"/> 환경 알레르기 | <input type="checkbox"/> 심장 문제 | <input type="checkbox"/> 기타 질환 - 아래에 설명해 주십시오 |
| | <input type="checkbox"/> 정형외과 질환 | |

위 항목 중 하나라도 해당되면 설명해 주십시오.

약물:

자녀가 집에서 약을 복용하고 있습니까? '예'로 답하신 경우, 아래에 기재해 주십시오.

약물 이름	치료 대상 질환	주기

자녀가 학교에서 약을 복용하고 있습니까? '예'로 답하신 경우, 아래에 기재해 주십시오.

약물 이름	치료 대상 질환	주기

학교에서 약물을 투여하기 전에 학부모와 면허를 소지한 의료 제공자가 모두 약물 투여 양식을 작성하여 학교에 보관해야 합니다.

초등학교/중학교 양식: [3416F1 - 초등학교 및 중학교 약물 투여 승인서 - 이사과학구 411\(isd411.org\)](http://isd411.org)

고등학교 양식: [3416F2 - 고등학교 약물 투여 승인서 - 이사과학구 411\(isd411.org\)](http://isd411.org)

입원

지난 3 년 동안 입원, 수술 또는 심각한 부상을 입은 적이 있으면 기재해 주세요:

보조 장치: 학생이 학교에서 사용 중이거나 사용할 예정인 보조 장치를 모두 선택해 주십시오.

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 안경 | <input type="checkbox"/> 보청기 | <input type="checkbox"/> 휠체어, 보행기 |
| <input type="checkbox"/> 콘택트렌즈 | <input type="checkbox"/> 인공와우 | <input type="checkbox"/> 기타 장치(설명해 주십시오) |

비상 시 정보

학부모/보호자: 선호 순서대로 전화번호를 기재해 주십시오

학부모/보호자 1

학부모/보호자 2

성명	_____
전화번호	_____
주소	_____
이메일	_____

비상 연락처: 선호 순서대로 전화번호를 기재해 주십시오

연락처 #1

연락처 #2

성명	_____
전화번호	_____
관계	_____

비상 시 학부모/보호자에게 연락이 안 되거나 학교 당국이 관찰 또는 치료가 필요하다고 판단할 때, 나는 학교 당국이 가장 가까운 응급실로 학생을 보낼 수 있도록(적절한 동행자 동반) 승인하고 지시합니다. 응급실을 선택할 수 있는 경우 선호하는 병원은 다음과 같습니다. _____

학부모/보호자 서명

서명 날짜 _____