

**San Mateo Union High School District/聖馬刁聯合高中學區**  
**Medical Emergency Instructions/Health Care Plan/醫療緊急指引/健康護理計劃**

學生: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 學年: \_\_\_\_\_  
Student Date of Birth School Year

**家長/監護人指引:**作為上述學生的家長/監護人,當有任何緊急事故發生時,本人要求及指示學校可以立即按當時情況而採取適當的行動。  
**Parent/Guardian Instructions:** As parent/guardian of the above named student, in the event of any emergency, request and instruct the school to **immediately**, as appropriate to the situation:

- 通知家長/監護人/Notify Parent/Guardian: \_\_\_\_\_  
電話:住宅 ( ) \_\_\_\_\_ 工作 ( ) \_\_\_\_\_ 手機/傳呼機 ( ) \_\_\_\_\_
- 通知家長/監護人/Notify Parent/Guardian: \_\_\_\_\_  
電話:住宅 ( ) \_\_\_\_\_ 工作 ( ) \_\_\_\_\_ 手機/傳呼機 ( ) \_\_\_\_\_
- 通知醫生 / Notify doctor: \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_
- 送往醫院(註明) / Transport to hospital (specify): \_\_\_\_\_
- 其他指示/Other instructions: \_\_\_\_\_

本人(我們)作為上述學生的家長/監護人,謹此同意對那些遵照學生醫護人員指示的人,包括所有學校人員、僱員及上述學區的代理,在任何的索求、行動、法律訴訟上可以受到保障,無需對任何情況或性質承擔責任。/(i) (We) the parent(s) or guardian(s) of the above-named student, hereby indemnify and hold harmless from any demands, actions, suits, or any liability of any nature or kind, any and all personnel, employees, and agents of said district who may act pursuant to the instruction of the child's physician.

家長/監護人簽署 (SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN)

日期 (DATE)

**醫生指示:**上述學生現時正接受本人治療(健康狀況) / **PHYSICIAN INSTRUCTIONS:** The above named student is currently under my care for(medical condition): \_\_\_\_\_

顯示需要緊急醫療的徵兆/症狀包括 /Signs/symptoms indication a medical emergency are: \_\_\_\_\_

應採取的行動 / Actions to be taken: \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF PHYSICIAN/HEALTH CARE PROVIDER /醫生/醫護人員簽署

DATE /日期

**NAME & ADDRESS STAMP:**  
**Required**

Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_



# SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

## 授權使用或公開健康資訊

完成以下這份文件就是授權公開以及/或使用個人可辨識的健康資訊，這與加州和聯邦法律針對這類資訊的隱私考量一致。沒有完整提供所需的所有訊息會使這項授權無效。我有權收到這份授權的影本。需要在這份授權書上簽名，這樣學生在學校才能獲得適當的服務。

### 使用及公開訊息

家長/學生姓名: \_\_\_\_\_

姓

名

中間名

出生年月日

我，如下面簽名，授權（單位以及/或醫護人員的名字）：

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

提供上述學生醫療紀錄的健康資訊給以下：

~~San Mateo Union High School District~~

650 North Delaware St., San Mateo, CA 94401

資訊提供給學區

地址/城市以及州/郵遞區號

Sara Devaney, Health Services Manager

650-558-2222 (保密傳真 650-762-0250)

學區的聯絡人員

區域號碼以及電話號碼

因為以下原因需要公開健康資訊：

需要的資訊要受限於： 所有的健康資訊或  如所述的特定疾病訊息：

**期間：**這份授權會立即生效，有效期間到\_\_\_\_\_（填寫日期）或如果沒有填寫日期，有效期間為從簽名日期起一年內。

**限制：**加州法律禁止學區進一步公開我的健康資訊除非學區取得我的另一份授權、或除非這樣的公開是法律特別需要或允許的。我了解學區會保護這份資訊，如同家庭教育隱私權法（Family Educational Rights Privacy Act (FERPA)）以及加州法律所述，而且這份資訊會成為學生教育資料的一部分。這份資訊會以提供安全、恰當以及最低限度教育限制以及學校健康服務和計劃的前提，分享給在學區工作或與學區合作的個人。如果你搬到其它學區，記錄會被自動轉到該學區。

**你的權利：**我了解關於這份授權我有以下的權利：我可以隨時撤回這項授權。我的撤回要以書面方式提出，由我本人或我的代表簽名，並且送給上述的醫療單位個人。我的撤回要求會於對方收到時生效，但是對於學區或其它根據這份授權已經採取的行動無法生效。

同意： \_\_\_\_\_

印刷體名字

簽名

日期

與家長/學生的關係

區域號碼及電話號碼