

필요 시 한국어로 번역된 양식을 참고할 수 있습니다만 영어로 된 양식만이 법적인 효력을 가지므로 영어로 된 양식을 작성 해 주십시오.

의료 기록에 대한 진술서

1973 년 재할 법령 504 항을 준수함과 동시에 Incarnate Word High School or St. Anthony Catholic High School 에 재학중인 학생들에게 등등한 대우를 보장하기 위해서는 아래의 질문 중 당신의 자녀에게 해당하는 사항에 대해서 표시해 주셔야 합니다.

1) 현재 당신의 자녀는 아래에 있는 사항 중 어디에 해당합니까? (모든 해당 사항에 대해 표시해 주세요)

- 학습 장애
- 정서 장애
- 집중력 부족 또는 과잉 행동 장애
- 시력 손상
- 청각 손상
- 신체적 장애 (여기에 대해 기술해주세요) _____
- 거식증 또는 과잉증
- 만성 질병 (여기에 대해 기술해주세요) _____
- 간질
- 기타 (여기에 대해 상세히 기술해주세요) _____
- 해당 사항 없음

2) 위에 질문에서 해당 사항이 있을 경우, 그 상태와 관련된 서류가 있습니까?

예 아니요

만약 있다면, 담당 의사의 승인이 들어있는 번역본을 첨부해주세요.

의사나 혹은 다른 의료 전문가로부터 약을 처방 받은 적이 있는 학생은, 그 약에 대한 설명과 의사의 지시에 따라 복용 방법이 설명된 문서를 가지고 있어야 합니다. 모든 처방 된 약은 반드시 기숙사 사감에 의해 관리 및 투약됩니다. 만약 학생이 그 약을 복용하기를 거부하거나 적절하게 응하지 않을 경우에는 기숙사에서 퇴거 당할 수 있습니다. 이와 같이, 학생은 의사나 혹은 평가 목적으로 인해 학교에 의해 요청된 의사와의 약속에 응해야 합니다. 학생의 의해 생기는 모든 의료 비용은 보호자가 책임을 집니다. 본인은, 아래에 서명을 함으로써, 본인의 자녀가 적절하게 약을 복용해야 하며 예약된 담당 의사와의 약속을 지켜야 한다는 것을 인정합니다. 그렇게 하지 않을 경우 일체 반환금 없이 즉시 기숙사에게서 퇴거 (학교에서 퇴학도 가능) 당할 수 있음을 인정합니다.

학생의 서명 _____ 날짜 (월/일/년) _____

보호자의 서명 _____ 날짜 (월/일/년) _____

기숙사 담당자의 서명 _____ 날짜 (월/일/년) _____

위의 질문에 어느 것도 해당사항이 없다고 표시 했을 경우, 당신은 당신의 자녀가 위에서 언급한 상태와 관련하여 어떠한 진단 및 치료를 받은 적이 없다는 것을 밝히는 것입니다. 만약 나중에 그런 상태와 관련된 진단서를 숨긴 사실이 드러나게 되면, 이러한 행위로 인해 일체의 반환금 없이 당신의 자녀가 기숙사에서 즉시 퇴거 (학교에서 퇴학도 가능) 당할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

학생의 서명 _____ 날짜 (월/일/년) _____

보호자의 서명 _____ 날짜 (월/일/년) _____

기숙사 담당자의 서명 _____ 날짜 (월/일/년) _____