응급 치료 허가

응급 치료가 필요하지만 본인이 조치를 취할 수 없는 경우, 임시 간호 서비스 담당자(Respite Care Provider)가 다음 개인의 건강과 복지를 위해 필요한 응급 처치를 받는 것을 허락합니다.

_____
개인 이름

_____
서명인: 부모 또는 보호자

_____
날짜

지정된 약 투약에 대한 허가

본인은 의사가 처방한 아래의 약을 임시 간호 서비스 담당자가 투약하는 것을 허락합니다.
_____.
(개인 이름)

(이름)	(용량)	(시간)

_____
서명인: 부모 또는 보호자

_____
날짜

PRN 주문을 포함하여 각 처방전 사본을 제공해 주십시오. 약의 라벨은 처방전과 일치해야 합니다.

임시 간호 담당: _____
이름