SAINT MARY'S SCHOOL

治疗同意书 – 新冠疫苗附录

本人，_____，
家长/监护人姓名

_____ 的合法家长/监护人
（子女姓名）

同意圣玛丽学校在寻求医疗保健时，发放由一位评估医生所嘱咐的药物。本人了解，本人将会收到所嘱咐的药物的通知。本人进一步同意，主治医生或由医生任命的任何人，在无法联系到本人（以下签名的家长或监护人）的情况下，可进行治疗，包括在严重或重大疾病或受伤时进行手术与/或麻醉。本人进一步同意，主治医生或由医生任命的任何人，可对小伤或小病进行治疗而无须联系本人。本人还同意，主治医生或其任命的人可进行任何所需的免疫治疗。本人进一步了解，如果无法联系到本人，本人同意圣玛丽学校可批准所需的治疗。本人还同意，圣玛丽学校的宾德尔（Binder）医疗中心可在任何其他医生、保险公司，以及政府机构需要时，向其布任何必需的医疗信息。

本人了解，圣玛丽学校为某些服务收费，且将会通过商务办公室向本人收费。本人接受通过商务办公室进行结账与支付所发生费用的责任。

本人了解，此信息为本人子女在圣玛丽学校的秘密医疗档案中的一部分，除非有法庭命令，在无本人书面同意的情况下将不会被公布。然而，本人同意，如果在代替本人子女联系医生时，则可分享此信息。本人还了解，未能披露此信息可能成为被开除的理由。

附录：本人同意圣玛丽学校与社区卫生合作伙伴协调，为子女提供辉瑞制药公司的新冠疫苗，并认可本人已收到此疫苗的紧急使用授权（EUA）说明。（家长、监护人姓名）（子女姓名）

_____
家长/监护人签名

_____
日期