

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: ____ Lớp: ____ Giáo viên: _____
 Họ Tên Tên lót

Học sinh của tôi **KHÔNG CÓ VẤN ĐỀ GÌ VỀ SỨC KHỎE** vào thời điểm hiện nay.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT:

Nếu có đánh dấu phần nào dưới đây, xin vui lòng gửi đơn này đến y tá của trường và điền thêm các mẫu đơn cần thiết. Đơn này cần phải điền lại mỗi năm học sau ngày 1 tháng 7.

Tiểu đường: Ngày chẩn đoán: _____ Học sinh có: Máy bơm thuốc Insulin Bút tiêm Insulin Insulin dạng tiêm

Bệnh động kinh cần dùng thuốc: Tên thuốc: _____

Kế hoạch chăm sóc sức khỏe đặc biệt: Con tôi cần chăm sóc y tế đặc biệt như là xe lăn, ống cho ăn, ống thở, ống thông nước tiểu, ống thông tĩnh mạch hoặc dụng cụ y tế khác Xin viết rõ tình hình: _____

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE NGUY HIỂM ĐẾN TÍNH MẠNG

Nếu đánh dấu bất kỳ phần nào dưới đây, xin vui lòng gửi đơn này đến y tá của trường và điền thêm các mẫu đơn cần thiết. Cần phải điền lại các đơn này mỗi năm học mới sau ngày 1 tháng 7.

Dị ứng/Sốc phản vệ: Bị nặng phải dùng bút tiêm adrenalin (Epinephrine) EPI-PEN/AUVI-Q (Thí dụ: dị ứng thức ăn, côn trùng đốt)
 Chất gây dị ứng: _____ Loại khác: _____

Suyễn : Bị nặng phải dùng ÔNG HÍT KHẨN CẤP, có nhập viện trong năm vừa qua, dùng thuốc chống viêm STEROIDS (prednisone) trong năm qua (Nếu bị suyễn nhẹ hoặc trung bình, xin xem phần “TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE KHÔNG NGUY HIỂM ĐẾN TÍNH MẠNG” dưới đây.)

CHA MẸ/ NGƯỜI GIÁM HỘ XIN LƯU Ý: Trường phải biết tình trạng ảnh hưởng đến tính mạng (Thí dụ: dị ứng nặng có sốc phản vệ, tiểu đường, suyễn) trước khi nhập học, vì có thể yêu cầu thêm kế hoạch dự phòng bổ sung (theo RCW 28A.210.320). Xin liên lạc với y tá của trường để tiến hành thủ tục.

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE KHÔNG NGUY HIỂM ĐẾN TÍNH MẠNG

Xin đánh dấu bất kỳ tình trạng nào của học sinh đang có hoặc hay từng bị:
 Thiếu tập trung/hiếu động thái quá Dị ứng nhẹ/trung bình Suyễn nhẹ/trung bình Rối loạn máu Ruột/ bọng đại Ung thư Bệnh trầm cảm/Lo âu Vấn đề về răng Thính giác Bệnh tim Điều trị chỉnh hình/xương Rối loạn hành vi/cảm xúc/giao tế Chấn thương nghiêm trọng
 Vấn đề về thị giác Chứng bệnh khác
Xin giải thích: _____

THUỐC: Liệt kê các loại thuốc đang uống. Cần có toa bác sĩ với từng loại thuốc đang uống. Cần xin toa mới ghi **sau ngày 1 tây tháng 7 mỗi năm**

Thuốc: _____ dùng cho: _____ Nhà Trường
 Thuốc: _____ dùng cho: _____ Nhà Trường
 Thuốc: _____ dùng cho: _____ Nhà Trường
 Thuốc: _____ dùng cho: _____ Nhà Trường

THÔNG TIN LIÊN LẠC

Bác sĩ: _____ #: _____ Nha sĩ: _____ #: _____

Tên Cha mẹ/Giám hộ hợp pháp (ghi IN HOA)	Số điện thoại di động	Số điện thoại nơi làm việc	Số điện thoại khác hoặc Email
1.			
2.			

Tôi đồng ý giao con tôi cho nhà trường hay nhân viên y tế chăm sóc và đồng ý tiết lộ thông tin sức khỏe có liên quan đến con tôi khi cần thiết, để bảo đảm sự an toàn cho con tôi ở trường. Tôi hiểu mình có trách nhiệm thanh toán mọi chi phí y tế nếu con tôi bị bệnh/ chấn thương. Tôi đã đọc và hiểu đơn này

Cha mẹ/Giám hộ hợp pháp ký tên ở đây: _____ **Ngày:** _____