

Các Trường Cộng đồng Davenport - Mẫu đơn B

For Office Use

Please detach and forward to the
Nurse's Office

Thông tin Dịch vụ Sức khỏe

Sức khỏe và sự thoải mái của con quý vị rất quan trọng với chúng tôi. Xin dành ít thời gian để mô tả nhu cầu y tế của con quý vị. Thông tin được cung cấp trong đơn này có thể được chia sẻ với nhân viên trường vì mục tiêu lựa chọn các dịch vụ y tế và giáo dục phù hợp. Việc chia sẻ thông tin này sẽ sử dụng cho niên học hiện tại. Sự chia sẻ này sẽ chấm dứt bất cứ lúc nào với một giấy yêu cầu gửi đến trường.

Tên học sinh : _____ Ngày sinh : _____ Lớp: _____

THÔNG TIN SỨC KHỎE KHẨN CẤP CHO CON QUÝ VỊ

Học sinh của bạn đã được chẩn đoán bởi bác sĩ về: (xin khoanh tròn: Có hay Không và điều kiện nào)

Có Không	Bệnh suyễn và Co thắt Phế quản	Có Không	Bệnh về da	Có Không	ADD (Thiếu tập trung)
Có Không	Dị ứng (thức ăn, thuốc, nhựa, khác)	Có Không	Bệnh về cơ bắp	Có Không	ADHD (Hiếu động thái quá)
Có Không	Tiểu đường	Có Không	Bệnh về xương khớp	Có Không	Lo âu
Có Không	Bệnh về tim	Có Không	Bệnh về thính giác	Có Không	Đồng tính
Có Không	Bệnh về huyết áp	Có Không	Bệnh mắt/đeo kính/sát trùng	Có Không	Vấn đề về hành vi cư xử
Có Không	Bệnh về máu (Tế bào Máu, khác)	Có Không	Đau nửa đầu/Đau đầu	Có Không	Bệnh buồn rầu chán nản
Có Không	Bệnh về thận/Đường tiết niệu	Có Không	Co giật/Động kinh	Có Không	Bệnh thần kinh
Có Không	Bệnh về dạ dày/ruột	Có Không	Nói khó khăn (niếu lưỡi)		(OCD, ODD, RAD, Tourettes)
Có Không	Bệnh về đi cầu			Có Không	Bệnh nào khác

Xin nhận xét về câu trả lời "Có" ở trên hay các thông tin cần thiết khác bao gồm phương thức chăm sóc cần làm tại trường: _____

Các hoạt động cần hạn chế vì tình trạng: _____

*Thuốc dùng hiện tại: _____ Không uống thuốc

*Vui lòng điền Đơn Cho Phép Quản lý Thuốc, nếu học sinh cần uống thuốc ở trường .

Con quý vị có nằm bệnh viện, giải phẫu, bệnh nặng hoặc thương tích nào không: _____

Bằng chứng các loại kiểm tra được yêu cầu khi trẻ vào Mẫu giáo, bao gồm Phiếu chích ngừa, Khám Chì và Khám Răng và Khám Mắt. Vui lòng đính kèm bằng chứng về việc miễn khám, nếu hợp lệ.

Tên của Bác sĩ/Điện thoại: _____

Tên của Nha sĩ/Điện thoại: _____

Tên của Người trị liệu hay tư vấn/Điện thoại: _____

Bảo hiểm (chọn một): Bảo hiểm Cá nhân Thẻ Medicaid Không có Khác, chỉ ra: _____

Vui lòng liệt kê vào phần Liên lạc Trường hợp Khẩn cấp Y tá thảo luận những câu hỏi về sức khỏe hay trường hợp khẩn:

Tên: _____ Điện thoại #: _____ Di động của học sinh # (nếu có): _____

CHỮ KÝ PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ

NGÀY