

Phiếu Y Tế/Khẩn Cấp

Năm Học 2019/2020

Trường: _____ Lớp/Ph ng Học Bộ Môn: _____ Trường số: (nếu áp dụng) _____

Thông Tin Chung

Học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Nơi sinh: _____
Họ Tên gọi Tên đệm

Địa chỉ: _____ Số căn hộ _____ TP _____ Tiểu bang/Mã bưu chính _____
Tên Đường

Nam Nữ Ngôn ngữ nói khi ở nhà: _____ Được giám hộ bởi Tiểu bang: Có Không

Phu huynh/Người giám hộ

Tên: _____
Họ Tên gọi Mối quan hệ

SĐT Nhà: _____

SĐT Cơ quan: _____

Di động: _____

Địa chỉ Email: _____

Địa chỉ nếu khác với địa chỉ của học sinh: _____

Phu huynh/Người giám hộ

Tên: _____
Họ Tên gọi Mối quan hệ

SĐT Nhà: _____

SĐT Cơ quan: _____

Di động: _____ Địa

chỉ Email: _____ Địa

chỉ nếu khác với địa chỉ của học sinh: _____

Anh Chị Em Ruột Của Học Sinh

Tên: _____ Trường: _____ Tên: _____ Trường: _____

Tên: _____ Trường: _____ Tên: _____ Trường: _____

NẾU QUÝ VI KHÔNG RẪNH: Liên Lạc Trong Trường Hợp Khẩn Cấp/Cho Phép Đón (phải từ 18 tuổi trở lên)

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ SĐT Ban Ngày: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ SĐT Ban Ngày: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ SĐT Ban Ngày: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ SĐT Ban Ngày: _____

Không Cho Những Người Sau Đón Con Tôi:

Tên: _____ Mối quan hệ: _____

*Lệnh cấm đến gần có hiệu lực

Có Không

Tên: _____ Môi quan hệ: _____ Có Không
(Nếu có, phải đính kèm một bản sao của Lệnh)

***Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: _____

** VUI LÒNG LẬT SANG MẶT SAU VÀ HOÀN THÀNH MẶT SAU **

Hoàn Thành Cả 2 Mặt TÊN HỌC SINH: _____

LỊCH SỬ VỀ SỨC KHOẺ

Quý vị có bảo hiểm y tế không?
Tư nhân Công cộng (Ví dụ: MA Health, Children's Medical Security) Không có bảo hiểm
Tên Hãng Cung Cấp Bảo Hiểm: _____ Nhóm/Chính sách số: _____
(Vui lòng liên hệ với y tá nhà trường nếu quý vị cần hỗ trợ đăng ký mua bảo hiểm y tế)

Thông Tin Y Tế

Vui lòng **ĐÁNH DẤU TẤT CẢ CÁC Ô** áp dụng cho con quý vị. Liên hệ với y tá nhà trường để biết thêm các thông tin y tế bảo mật.

DI ỨNG (thực phẩm, côn trùng, thuốc, môi trường) _____ Epi-Pen? **CÓ KHÔNG**

Hen suyễn ADD/ADHD Tự kỷ Vấn đề về chảy máu/máu đông Trầm cảm

Tiểu đường loại I loại II Dị tật tim/Bệnh tim Bệnh thận

KHÁC _____

- Lịch sử bị chấn động vào (các) ngày _____
- Co giật/dộng kinh (ngày bị động kinh gần nhất): _____ Loại động kinh: _____
- Phẫu thuật hoặc chấn thương nghiêm trọng (ngày) _____
- Thiết bị y tế đặc biệt cần có _____
- Vấn đề về thị giác (nêu rõ) _____ Đeo kính? **CÓ KHÔNG** Đeo kính áp tròng? **CÓ KHÔNG**
- Vấn đề về thính giác (nêu rõ) _____ Tai trái Tai phải Trợ thính? **CÓ KHÔNG**

Ngày khám sức khỏe gần nhất: _____ Hạn chế (cần có giấy của bác sĩ): _____

(Yêu cầu bản sao/bằng chứng khám sức khỏe trước khi nhập trường và học các lớp K, 4, 7 và 10. Vui lòng gửi cho y tá nhà trường.)

Thuốc con quý vị hiện đang dùng:

Ở nhà: _____

Ở trường: _____

<u>Bác sĩ/Bác sĩ khoa nhi của học sinh</u>		<u>Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc nha khoa</u>	
Tên	SĐT	Tên	SĐT

KHÔNG ĐỂ TRỐNG: UỶ QUYỀN CỦA PHỤ HUYNH

CÓ KHÔNG 1. Tôi cho phép y tá nhà trường tiết lộ các thông tin y tế thích hợp dựa trên đánh giá chăm sóc và phán đoán của y tá cho những nhân viên nhà trường có liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc và an toàn của con tôi. sự

- CÓ KHÔNG** 2. Tôi cho phép y tá nhà trường cho con tôi dùng **Tylenol**.
- CÓ KHÔNG** 3. Tôi cho phép y tá nhà trường cho con tôi dùng **Ibuprofen**.
- CÓ KHÔNG** 4. Tôi cho phép y tá nhà trường bôi **Calamine** cho con tôi khi bị kích ứng da nhẹ.
- CÓ KHÔNG** 5. Tôi cho phép chuyển con tôi đến bệnh viện và nhận được chăm sóc y tế trong trường hợp không liên lạc được với tôi trong trường hợp khẩn cấp.
- CÓ KHÔNG** 6. Lịch sử sức khỏe này là chính xác theo những gì tôi biết và con tôi được phép tham gia vào tất cả các hoạt động trừ khi tôi có đưa ra lưu ý.

***Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ _____ Ngày _____