

**MẪU GHI DANH LỚP MẪU GIÁO CHUYỂN TIẾP (TK)/MẪU GIÁO
CHO NIÊN HỌC 2022-2023**

Kể từ ngày 1 tháng 3 năm 2022, Học Khu Oak Grove sẽ bắt đầu nhận đơn ghi danh cho các em sẽ vào học lớp mẫu giáo chuyển tiếp (TK) và mẫu giáo vào tháng 8 năm 2022. Các em sinh trước hoặc vào ngày 1 tháng 9 năm 2017 có thể ghi danh vào chương trình học mẫu giáo. **CÁC EM CÓ NGÀY SINH TỪ 2 THÁNG 9, 2017 VÀ 2 THÁNG 2, 2018 CÓ THỂ GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH MẪU GIÁO CHUYỂN TIẾP CỦA HỌC KHU OAK GROVE.**

**PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ CẦN MANG NHỮNG GIẤY TỜ SAU ĐÂY KHI ĐẾN GHI DANH CHO CÁC EM.
(Xin dùng tờ thông báo này để kiểm lại những giấy tờ mà quý vị cần mang theo.)**

1. Giấy chứng minh tuổi (có thể dùng một trong những giấy tờ sau đây):

- Bản sao giấy khai sinh có thị thực chữ ký
- Bản chính giấy chứng nhận ngày sinh do quận hạt cấp (giấy chứng nhận của bệnh viện sẽ không được chấp thuận)
- Giấy thông hành
- Chứng chỉ rửa tội
- Giấy xác nhận của phụ huynh, người giám hộ, hay người chăm sóc học sinh, hoặc những phương cách thích hợp khác để chứng minh tuổi của con em

2. Giấy xác nhận nơi cư trú (có thể dùng một trong những giấy tờ sau đây):

- Hóa đơn điện nước (điện thoại nhà, điện, nước, v.v...)
- Hợp đồng thuê/mướn nhà
- Biên lai trả tiền thuê đất
- Cuống phiếu lương
- Giấy ghi danh bầu cử
- Văn thư từ cơ quan chính phủ
- Giấy xác nhận nơi cư trú do phụ huynh hay người giám hộ hợp pháp thực hiện

3. Giấy chứng nhận của bác sĩ có ghi rõ tháng và năm của những lần chích ngừa sau đây:

- Ngừa bệnh bại liệt (polio) (4 lần)** nhưng 3 lần cũng được chấp thuận nếu lần cuối cùng được chích sau khi em học sinh được 4 tuổi.
 - OPV hay IPV
- DTaP – (5 lần)** nhưng 4 lần cũng được chấp thuận nếu lần cuối cùng được chích sau khi em học sinh được 4 tuổi.
 - Bệnh bạch hầu
 - Bệnh ho gà
 - Bệnh phong đòn gánh
- MMR (2 lần)** Cả hai mũi đều phải được chích vào hoặc sau sinh nhật 1 tuổi.
 - Bệnh ban sởi
 - Bệnh quai bị
 - Bệnh phong chẩn
- Bệnh viêm gan B (3 lần)**
- Bệnh đậu mùa (2 lần)**

4. Mẫu Đơn TB Risk Assessment for School Entry Form của Sở Y Tế Quận Hạt Santa Clara do bác sĩ gia đình hoàn tất trong vòng 12 tháng trước ngày ghi danh nhập học.

5. Khám sức khỏe tổng quát (các em phải được khám sức khỏe tổng quát sau ngày 1 tháng 3 năm 2022).

6. Khám răng (các em phải được khám răng trong vòng 12 tháng trước khi nhập học mẫu giáo).

LƯU Ý: LUẬT TIỂU BANG QUY ĐỊNH mỗi học sinh phải được khám sức khỏe tổng quát trong vòng 18 tháng trước khi vào lớp 1. Điều lệ của Học Khu quy định các em phải được khám sức khỏe không quá sáu tháng trước khi nhập học mẫu giáo (sau **ngày 1 tháng 3 năm 2022**). Mẫu giấy báo cáo của bác sĩ có kèm theo trong tài liệu ghi danh nhập học này. Hầu hết các bác sĩ muốn khám sức khỏe tổng quát cho học sinh khi bổ túc hồ sơ chích ngừa của em.

Ghi danh nhập học mẫu giáo sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 3 năm 2022. Mọi thắc mắc, xin quý vị liên lạc Văn Phòng Nhà Trường thuộc nơi cư trú của quý vị hay vào trang mạng của chúng tôi tại www.ogsd.net.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street		City	SCHOOL
ZIP code			

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTaP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)

RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

☐ Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian	Date
Name, address, and telephone number of health examiner	
Signature of health examiner	Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.



6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119, Phone: (408) 227-8300, Fax: (408) 629-7183

Kính thưa quý phụ huynh hoặc người giám hộ:

Để bảo đảm con em quý vị sẵn sàng đi học, luật của tiểu bang California hiện quy định con em quý vị phải được khám răng trước khi nhập học mẫu giáo hay lớp một, tùy vào năm đầu em nhập học tại một trường công lập. Học Khu Oak Grove quy định con em quý vị phải được khám răng **trước khi** nhập học mẫu giáo. Nếu con em quý vị đã được khám răng trong vòng 12 tháng trước khi em bước vào mẫu giáo thì hội đủ điều kiện này. Luật này cũng đề ra rằng học sinh phải được một nha sĩ đã được cấp giấy phép hay những chuyên viên có giấy phép hành nghề về nha khoa khám răng cho em.

Quý vị có thể dùng mẫu đơn (Oral Health Assessment Request form) đến văn phòng nha sĩ khi đưa con em đi khám răng. Nếu quý vị không thể đưa con em mình đi khám răng, xin ghi rõ lý do trong Phần 3 (Waiver of Oral Health Assessment Requirement) của mẫu đơn này.

Sau đây là cách tìm một nha sĩ cho con em quý vị hầu đáp ứng được quy định này:

1. Gọi Medi-Cal/Denti-Cal ở số miễn phí **(1-800-322-6384)** hay vào trang mạng (www.denti-cal.ca.gov) để tìm nha sĩ có nhận bảo hiểm Denti-Cal.
2. Gọi Healthy Families ở số miễn phí **(1-800-880-5305)** hay vào trang mạng (<http://www.benefitscal.com/>) để tìm nha sĩ có nhận bảo hiểm của chương trình Healthy Families.
3. Chương trình Healthy Kids cũng là một chương trình bảo hiểm giá thấp. Quý vị có thể gọi số miễn phí **1-800-821-5437** để tìm hiểu xem con em quý vị có đủ điều kiện gia nhập chương trình này không.

Xin lưu ý là con em quý vị sẽ không sẵn sàng đi học nếu không có hàm răng tốt! Sau đây là một số chi tiết quan trọng cần để giúp con em quý vị sống lành mạnh:

- Khám răng định kỳ hai lần hàng năm.
- Chọn thức ăn lành mạnh cho cả gia đình. Thức ăn tươi thường là loại thực phẩm lành mạnh nhất.
- Dùng loại kem đánh răng có chất flouride và đánh răng ít nhất hai lần mỗi ngày.
- Hạn chế ăn kẹo và các loại nước uống có chứa đường như punch hay soda. Các loại nước uống có chứa đường và kẹo dễ gây sâu răng và thay thế các chất dinh dưỡng quan trọng trong bữa ăn của con em. Các loại nước uống có chứa đường và kẹo cũng góp phần gây ra các vấn đề về cân nặng, có thể gây ra các bệnh khác như bệnh tiểu đường. Càng dùng ít các loại thức ăn này càng tốt!

Răng sữa là rất quan trọng. Chúng không chỉ là loại răng sẽ rụng sau một thời gian. Trẻ con cần phải có đầy đủ răng để ăn, trò chuyện, mỉm cười, và cảm thấy tự tin về mình. Các em bị sâu răng có thể gặp khó khăn khi ăn uống, không muốn cười và chú ý nghe giảng và học hành trong lớp. Răng sâu là một loại nhiễm trùng không tự lành được và gây đau đớn nếu không được chữa trị. Nếu răng sâu không được chữa trị, trẻ em có thể cảm thấy mệt mỏi và có thể phải đưa vào bệnh viện cấp cứu và răng của em có thể bị hư vĩnh viễn.

Có rất nhiều điều gây ảnh hưởng đến sự tiến bộ và thành công trong trường học, bao gồm sức khỏe. Trẻ em phải khỏe mạnh thì mới có thể học hành được, và những em bị sâu răng là không lành mạnh. Sâu răng có thể được phòng ngừa nhưng nó ảnh hưởng đến nhiều trẻ con hơn là các loại bệnh kinh niên.

Mọi thắc mắc về quy định về việc khám răng, xin quý vị liên lạc Y Tá Học Khu, tại số điện thoại 408-227-8300, số chuyển tiếp 100278.

Mẫu Đánh Giá Về Sức Khỏe Răng Miệng

Luật California (*Luật Giáo Dục* Phần 49452.8) quy định con em quý vị phải được khám răng trước Ngày 31 Tháng 5 vào năm đầu tiên em nhập học tại một trường công lập. Học sinh phải được một chuyên viên có giấy phép hành nghề về nha khoa tại California khám răng cho em và hoàn tất Phần 2 của mẫu đơn này. Nếu con em quý vị đã được khám răng trong vòng 12 tháng trước khi em nhập học thì nha sĩ của em cần điền vào Phần 2. Nếu quý vị không thể cho con em khám răng, xin điền vào Phần 3.

Phần 1: Chi Tiết về Học Sinh (Do phụ huynh hoặc người giám hộ hoàn tất)

Tên học sinh:	Họ:	Tên đệm:	Ngày sinh:
Địa chỉ:			Số phòng:
Thành Phố:			Mã bưu điện:
Tên trường học:	Tên giáo viên:	Lớp:	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
Tên phụ huynh/người giám hộ:	Chủng tộc/dân tộc: ☐ Da trắng ☐ Da đen/Mỹ gốc Phi Châu ☐ Châu Mỹ La tinh ☐ Á Châu ☐ Mỹ gốc da đỏ ☐ Đa chủng ☐ Chủng tộc khác ☐ Dân bản xứ Hawaii/Thái Bình Dương ☐ Không biết		

Phần 2: Thu Thập Thông Tin Về Tình Trạng Răng Miệng (Oral Health Data Collection)

Do chuyên viên có giấy phép hành nghề ở California hoàn tất (Filled out by a California licensed dental professional)

XIN LƯU Ý: Phải xem xét mỗi ô riêng rẽ. Đánh dấu cho mỗi ô – **IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately. Mark each box.

Ngày đánh giá (assessment date)	Đã bị sâu răng và/hoặc bị trám răng (visible decay and/or fillings present) ☐ Có (yes) ☐ Không (no)	Đã bị sâu răng thấy rõ (visible decay present) ☐ Có (yes) ☐ Không (no)	Tình trạng khẩn cấp về chữa trị (treatment urgency) ☐ Không có vấn đề gì rõ rệt (no obvious problem found) ☐ Cần phải theo dõi sớm về tình trạng răng (đã bị sâu răng nhưng chưa bị đau hoặc bị nhiễm trùng; hoặc con em cần lớp bảo vệ răng hay cần được đánh giá thêm). (early dental care recommended - caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Cần được chăm sóc ngay (bị đau răng, bị nhiễm trùng, bị sưng hay tổn thương về mô răng). (urgent care needed – pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
Chữ ký của chuyên viên có giấy phép hành nghề (Licensed Dental Professional Signature)		Số giấy phép hành nghề ở CA (CA License Number)	Ngày (Date)

Phần 3: Miễn Yêu Cầu Về Việc Đánh Giá Tình Trạng Răng Miệng (Waiver of Oral Health Assessment Requirement)

Do phụ huynh/người giám hộ xin được miễn yêu cầu này hoàn tất. (To be filled out by parent/guardian asking to be excused from this requirement)

Tôi xin yêu cầu con em tôi được miễn việc đánh giá về tình trạng răng miệng theo luật vì những lý do sau: (Đánh dấu vào lý do đúng nhất)

- ☐ Tôi không thể tìm được văn phòng nha sĩ có thể nhận bảo hiểm răng của con em tôi.
Chương trình bảo hiểm răng của con em tôi là:
☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Bảo hiểm khác: _____ ☐ Không có bảo hiểm răng
- ☐ Tôi không đủ khả năng chi trả cho việc khám răng của con em tôi.
- ☐ Tôi không muốn con em tôi được khám răng.

Tùy ý: Những lý do khác tôi không thể đưa con em đi khám răng: _____

Nếu có yêu cầu cho con em được miễn khám răng theo luật: ► _____

Chữ ký của phụ huynh hay người giám hộ

Ngày

Điều luật quy định các trường học phải giữ kín các chi tiết về tình trạng sức khỏe của học sinh. Theo quy định này, tên của con em quý vị sẽ không nằm trong bất cứ bản báo cáo nào. Những chi tiết này chỉ được sử dụng cho các mục đích liên quan đến sức khỏe của con em quý vị. Mọi thắc mắc, xin quý vị liên lạc văn phòng nhà trường.

County of Santa Clara

Public Health Department

Tuberculosis Prevention & Control Program
976 Lenzen Avenue, Suite 1700
San José, CA 95126
408.885.2440



Testing Methods

An Interferon Gamma Release Assay (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or Mantoux tuberculin skin test (TST) should be used to test those at increased risk. An IGRA can be used in all children ≥ 2 years old and is preferred in BCG-vaccinated children to avoid a false positive TST result. A TST of ≥ 10 mm induration is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB disease (yes to question 2 on reverse), or the child is immunosuppressed, then TST ≥ 5 mm is considered positive. If a BCG-vaccinated child has a positive TST, and an IGRA is subsequently performed and is negative, testing is considered negative unless the child was exposed to someone with TB disease or is immunosuppressed. For immunosuppressed children, screening should be performed by CXR in addition to a TST/IGRA (consider doing both) and symptom review.

Evaluation of Children with Positive TB Tests

- All children with a positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a CXR (posterior-anterior and lateral is recommended for children <5 years old). A CXR is not required for a positive TST with negative IGRA in a BCG-vaccinated child, or if the child has documentation of prior treatment for TB disease or treatment for latent TB infection.
- For children with TB symptoms (e.g. cough for >2 -3 weeks, shortness of breath, hemoptysis, fever, weight loss, night sweats) or an abnormal CXR consistent with active TB disease, report to the County of Santa Clara Public Health Department TB Program within one day. The child will need to be evaluated for TB disease with sputum AFB smears/cultures and nucleic acid amplification testing. A negative TST or IGRA does not rule out active TB disease in a patient with symptoms or signs of TB disease. The child cannot enter school unless active TB disease has been excluded or treatment has been initiated.
- If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI). Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.
- Short-course regimens (rifampin daily for four months or 12-dose weekly isoniazid/rifapentine) are preferred (except in persons for whom there is a contraindication, such as a drug interaction or contact to a person with drug-resistant TB) due to similar efficacy and higher treatment completion rates as compared with 9 months of daily isoniazid

Treatment Regimens for Latent TB Infection

- Rifampin 15 - 20 mg/kg (max. 600 mg) daily for 4 months
- 12-dose Weekly Isoniazid/Rifapentine (3HP) Regimen:
 - Isoniazid
 - 2-11 years old: 25 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
 - ≥ 12 years old: 15 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
 - Rifapentine
 - 10.0-14.0 kg: 300 mg
 - 14.1-25.0 kg: 450 mg
 - 25.1-32.0 kg: 600 mg
 - 32.1-50.0 kg: 750 mg
 - >50 kg: 900 mg
 - Vitamin B6 50 mg weekly
- Isoniazid 10 mg/kg (range, 10-15 mg/kg; max. 300 mg) daily for 9 months. Recommended pyridoxine dosage is 25 mg for school-aged children (or 1-2 mg/kg/day).

For additional information: www.sccphd.org/tb or contact the TB Control Program at (408) 885-2440.

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Male/Female _____ School: _____
Last, First month/day/year

Address _____ Phone: _____ Grade: _____
Street City Zip

Santa Clara County Public Health Department
Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

This form must be completed by a licensed health professional in the U.S. and returned to the child's school.

1. Was your child born in, resided, or traveled (for more than one month) to a country with an elevated rate of TB*? ☐ Yes ☐ No
2. Has your child been in close contact to anyone with tuberculosis (TB) disease in their lifetime? ☐ Yes ☐ No
3. Is your child immunosuppressed; current, or planned? (e.g., due to HIV infection, organ transplant, treatment with TNF-alpha antagonist or high-dose systemic steroids (e.g. prednisone ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks)). ☐ Yes ☐ No

*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e., travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).

If YES, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST performed in the U.S. or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age ≥ 2 years in the U.S.) or TST (performed at age ≥ 6 months in the U.S.).

All children with a current or prior positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommended). CXR is not required for children with documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for latent TB infection, or BCG-vaccinated children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent progression to TB disease.

Enter test results for all children with a positive risk assessment:

Interferon Gamma Release Assay (IGRA)	
Date:	Result: ☐ Negative ☐ Positive ☐ Indeterminate
Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD)	Induration _____ mm
Date placed: _____ Date read: _____	Result: ☐ Negative ☐ Positive
Chest X-Ray Date: _____ Impression: ☐ Normal ☐ Abnormal	
LTBI Treatment Start Date: _____ ☐ Rifampin daily - 4 months ☐ Isoniazid/Rifapentine - weekly X 12 weeks ☐ Isoniazid daily - 9 months ☐ Other: _____	☐ Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____ ☐ Treatment medically contraindicated ☐ Declined against medical advice
Please check one of the boxes below and sign:	
☐ Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test. ☐ Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease. ☐ Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and has no symptoms. ☐	
_____ _____ Health Care Provider Signature, Title Date	

Name/Title of Health Provider:
License Number:
Facility/Address:
Phone number:



OAK GROVE
SCHOOL DISTRICT

6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119 408-227-8300 Fax 408-227-2719

GIẤY BẢO MẬT VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE HỌC SINH

Trường _____

Tên _____ ☐ Nam ☐ Nữ Ngày Sinh _____ Tuổi _____ Lớp _____

☐ Con em tôi **không có** bất cứ vấn đề gì về sức khỏe vào lúc này.

Nếu con em quý vị có các vấn đề về sức khỏe, xin quý vị trả lời vào phần dưới đây:

Con em quý vị có uống thuốc hàng ngày không? ☐ Có ☐ Không ☐ Uống thuốc trong giờ học? ☐ Có ☐ Không Nếu có,

Tên thuốc _____ Tên thuốc _____

Tên thuốc _____ Tên thuốc _____

Nếu con em quý vị phải uống thuốc trong giờ học theo toa bác sĩ hay thuốc mua ngoài nhà thuốc tây, xin hoàn tất Giấy Yêu Cầu Cho Con Em Được Nhân Viên Giúp Uống Thuốc Tại Trường rồi nộp lại cho văn phòng nhà trường (đùng 1 mẫu cho mỗi loại thuốc)

Đánh dấu ☒ vào những ô dưới đây và giải thích nếu con em quý vị đã hay đang bị các loại bệnh này hoặc có những vấn đề liên quan đến sức khỏe dưới đây:

☐ Suyễn ☐ Nhẹ ☐ Vừa ☐ Nặng
☐ Ông trợ thở ở nhà ☐ Ông trợ thở ở văn phòng nhà trường

☐ Co Giật ☐ Chỉ khi là trẻ sơ sinh
☐ Hiện đang uống thuốc

☐ Những hạn chế về việc đi lại _____
☐ Dùng thiết bị đặc biệt ở nhà
☐ Dùng thiết bị đặc biệt ở trường

☐ Những tình trạng khác _____

☐ Tiểu đường ☐ Loại I ☐ Loại II

- Con em quý vị có từng nằm bệnh viện vì bị tiểu đường không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, xin cho biết ngày nằm bệnh viện và lý do: _____
- Con em quý vị có biết tự theo dõi lượng đường trong máu của mình không? ☐ Có ☐ Không
- Con em quý vị có thể cho biết nếu em có triệu chứng khi lượng đường trong máu cao hay thấp không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, em có những triệu chứng gì? _____
- Con em quý vị có bao giờ dùng Glucagon chưa? ☐ Có ☐ Không Lần sử dụng gần đây nhất: _____

Con em quý vị hiện có được bác sĩ theo dõi bất kỳ bệnh nào nêu trên không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có: Tên bác sĩ _____ Số điện thoại _____ Điện thư _____

Địa chỉ _____

☐ Tôi đồng ý chia sẻ các chi tiết liên quan đến sức khỏe của con em tôi với các nhân viên nhà trường cần biết.

Chữ ký của phụ huynh/Người giám hộ _____ Ngày _____

For Office Use Only:

- ☐ Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
- ☐ Diabetic Supplies
- ☐ Snacks
- ☐ Signed *Diabetic Orders for School* indicating parent review

☐ Original to Cum ☐ Faxed to District Nurse 408-225-3752 ☐ Health Assistant ☐ Teacher



6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119, Phone: (408) 227-8300, Fax: (408) 629-7183

Student's Name _____ Teacher _____

EMERGENCY INFORMATION *(This will be used if the Emergency Card is not available)*

If I cannot be reached, I authorize the school to contact the person listed below. I further authorize the school to release the student to the person listed below.

Name: _____ Phone: _____

I also give my consent for emergency medical or dental treatment, including transportation to the nearest emergency aid facility, if I or the person listed above cannot be reached.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

INFORMACION DE EMERGENCIA *(Esta información será usada si la Tarjeta de Emergencia no está disponible.)*

Si no pueden comunicarse conmigo, autorizo que la escuela se comunique con la persona cuyo nombre aparece abajo. Además, autorizo a la escuela a entregar al/a estudiante a la persona anotada abajo.

Nombre _____ Teléfono _____

También doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento médico o dental incluyendo transportación al lugar médico más cercano si no se pueden poner en contacto conmigo o con la persona cuyo nombre aparece anotado arriba.

Firma del padre/Tutor legal _____ Fecha _____

CHI TIẾT VỀ SỰ KHẨN CẤP LIÊN QUAN ĐẾN EM HỌC SINH *(Chi tiết này sẽ được dùng nếu không có Thẻ Khẩn Cấp)*

Trong trường hợp nhà trường không liên lạc được với chúng tôi, chúng tôi cho phép nhà trường liên lạc với người có tên dưới đây. Ngoài ra, chúng tôi cũng cho phép nhà trường được quyền trao con em tôi cho người có tên dưới đây.

Tên _____ Điện thoại _____

Chúng tôi cũng đồng ý cho nhà trường mang con em tôi đến phòng cấp cứu gần nhất để chữa bệnh hay chữa răng nếu nhà trường không liên lạc được với người có tên nêu trên.

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ _____ Ngày _____

Attachment to forms 2339, 2347, 2348

Our mission . . . "to ensure that every child's potential is achieved."