

LỊCH SỬ SỨC KHỎE TRẺ EM CỦA TRƯỜNG HỌC SOUDERTON

Tên học sinh _____
Họ _____ Tên _____ Tên đệm _____

Ngày sinh _____ Giới tính _____

| Cha mẹ / Người giám hộ | Cha mẹ / Người giám hộ |
|----------------------------|----------------------------|
| Tên: | Tên: |
| Điện thoại di động: | Điện thoại di động: |
| Điện thoại cơ quan: | Điện thoại cơ quan: |
| Điện thoại nhà: | Điện thoại nhà: |
| Địa chỉ email: | Địa chỉ email: |

Nếu con bạn mắc phải bất kỳ điều nào sau đây, hãy cung cấp ngày tháng và giải thích trong phần “thông tin thêm” bên dưới:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> Viêm gan | <input type="checkbox"/> Điều chỉnh Thị lực |
| <input type="checkbox"/> Hạ đường huyết | <input type="checkbox"/> Vấn đề về tim | <input type="checkbox"/> Co giật / Động kinh / Ngất xỉu |
| <input type="checkbox"/> Hen suyễn / thở khò khè | <input type="checkbox"/> Xương bị gãy | <input type="checkbox"/> Nhiễm trùng tai |
| <input type="checkbox"/> Viêm phế quản / Viêm phổi | <input type="checkbox"/> Chấn thương đầu | <input type="checkbox"/> Sốt ban đỏ |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn tăng động giảm chú ý | <input type="checkbox"/> Loại bỏ Adenoids / Amidan | <input type="checkbox"/> Các vấn đề về sức khỏe tâm thần / cảm xúc |
| <input type="checkbox"/> Viêm họng liên cầu khuẩn | <input type="checkbox"/> Vấn đề Ăn uống / Cho ăn | <input type="checkbox"/> Bệnh ho gà |
| <input type="checkbox"/> Thủy đậu | <input type="checkbox"/> Nhập viện / Phẫu thuật | <input type="checkbox"/> Các tình trạng sức khỏe khác |

THÔNG TIN THÊM: Nếu bạn đã đánh dấu bất kỳ điều nào ở trên, vui lòng cung cấp thêm thông tin. _____

LỊCH SỬ SỨC KHỎE NGHIÊM TRỌNG CỦA GIA ĐÌNH:

Con bạn có bị dị ứng gì không?

Không Có Nếu có, vui lòng ghi rõ: _____

Con bạn có dùng bất kỳ loại thuốc nào hoặc đang được điều trị y tế không? Không Có

Nếu có, vui lòng ghi rõ: _____

Con tôi có thể nhận được những thứ sau đây trong giờ học từ một y tá của trường học:

Tylenol (Chung - Không có tên nhãn hiệu) Không Có

Ibuprofen (Chung - Không có tên nhãn hiệu) Không Có

Bác sĩ gia đình _____ Điện thoại _____ Ngày khám bác sĩ cuối cùng của trẻ _____

Nha sĩ Gia đình _____ Điện thoại _____ Ngày khám răng cuối cùng của trẻ: _____

Danh sách dưới đây là những người lớn mà tôi cho phép Trường học Souderton liên hệ trong trường hợp có vấn đề về y tế:

| Tên | Mối quan hệ | Số điện thoại |
|-------|-------------|---------------------------|
| _____ | _____ | Nhà: _____ Di động: _____ |
| _____ | _____ | Nhà: _____ Di động: _____ |

Bằng cách ký vào mẫu đơn này, tôi cho phép con trai / con gái của tôi cho bất kỳ điều trị khẩn cấp y tế nào có thể phát sinh vào thời điểm tôi không thể liên lạc được.

Chữ ký của Cha mẹ / Người giám hộ _____

Ngày / tháng / năm _____