

# 保密的急救健康信息



姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

学校: \_\_\_\_\_ 年级: \_\_\_\_\_

**对家长/监护人的提醒:** 如果您家孩子有**危及生命的健康状况** (比如需要使用 Epi-pen 的严重过敏, 严重哮喘, 依赖胰岛素的糖尿病, 严重癫痫等), 华盛顿州法律 SHB 2834 **规定**, 在您家孩子每年第一天入学**前**, 用药或治疗指令和《健康医护计划》应当准备就绪。请联系您的学校护士获得更多信息。

为了为您的孩子提供安全健康的环境, 以下这些人士将能获取这些信息: 校长, 学校护士, 您家学生的教师, 办公室专业人士, 负责健康室保险的人员, 以及医疗急救人员。

**健康状况:** 对以下列出的每种病症:

在**当前**对您家孩子适用的每个病症前的方框内打勾, 并在评论栏描述。

- |  |                                   |                                       |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需要 Epi-pen 的过敏  | <input type="checkbox"/> 出血性疾病    | <input type="checkbox"/> 听力病症         |
| <input type="checkbox"/> 依赖胰岛素的糖尿病       | <input type="checkbox"/> 神经疾病     | <input type="checkbox"/> 眼睛/眼科病症      |
| <input type="checkbox"/> 哮喘              | <input type="checkbox"/> 抑郁       | <input type="checkbox"/> 注意力不足过动症     |
| <input type="checkbox"/> 癫痫              | <input type="checkbox"/> 焦虑       | <input type="checkbox"/> 自闭症          |
| <input type="checkbox"/> 其他危及生命的健康状况     | <input type="checkbox"/> 心理健康病症   | <input type="checkbox"/> 内分泌病症        |
| <input type="checkbox"/> 用药过敏            | <input type="checkbox"/> 消化系统病症   | <input type="checkbox"/> 睡眠障碍         |
| <input type="checkbox"/> 食物过敏/敏感 (不危及生命) | <input type="checkbox"/> 慢性头痛/偏头痛 | <input type="checkbox"/> 免疫力受损        |
| <input type="checkbox"/> 环境过敏            | <input type="checkbox"/> 心脏病症     | <input type="checkbox"/> 其他病症, 请在下面描述 |
|  | <input type="checkbox"/> 骨科病症     |                                       |

**如果有以上任何一项, 请描述:**

---

---

## 用药:

您家孩子在家服用任何药物吗? 如果是, 请在下面列出。

药物名称	用于治疗	用药频率

您家孩子需要**在学校**服用任何药物吗? 如果是, 请在下面列出。

药物名称	用于治疗	用药频率

在学校施用药物前，家长和持证卫生保健提供者必须填写《药物施用表》（Medication Administration Form），并在学校存档。

小学/初中表：[3416F1 - Authorization for Administration of Medication at Elementary and Middle School - Issaquah School District 411 \(isd411.org\)](https://isd411.org/3416F1)

高中表：[3416F2 - Authorization for Administration of Medication at High School - Issaquah School District 411 \(isd411.org\)](https://isd411.org/3416F2)

### 住院史

请列出过去三年任何住院、手术或严重受伤情况。

---

---

**辅助器具：** 对您家学生在校使用和将要使用的所有辅助器具打勾。

- |                               |                               |                                    |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 眼镜   | <input type="checkbox"/> 助听器  | <input type="checkbox"/> 轮椅；手推车    |
| <input type="checkbox"/> 隐形眼镜 | <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 | <input type="checkbox"/> 其他器具（请描述） |

---

---

### 急救信息

家长/监护人：按照优先顺序，列出电话号码

	<u>家长/监护人 1</u>	<u>家长/监护人 2</u>
姓名	_____	_____
电话号码	_____	_____
地址	_____	_____
电子邮件	_____	_____

急救联系人：按照优先顺序，列出电话号码

	<u>联系人 1</u>	<u>联系人 2</u>
姓名	_____	_____
电话号码	_____	_____
关系	_____	_____

如果发生紧急情况，学校管理者认为有必要进行观察或治疗，而家长/监护人联系不上时，我授权并要求学校管理者把我家学生（在恰当陪护下）送到最近的急救科。 如果可以选择哪里的急救科，首选的医院是：\_\_\_\_\_

家长/监护人签字 \_\_\_\_\_ 签字日期 \_\_\_\_\_