

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 _____