

Thông tin trong mẫu đơn này phải được điền (cập nhật) vào mỗi năm học mới.

Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Sex: M F  
Ho Tên Chữ Cái Đầu của Tên Lót Ngày Tháng Năm Sinh Giới Tính (Khoanh một)

Trường: \_\_\_\_\_ Khối Lớp: \_\_\_\_\_ Năm Học: \_\_\_\_\_

## CÁC TRƯỜNG HỢP ĐE ĐOẠ TÍNH MẠNG

### LƯU Ý CHO CÁC PHỤ HUYNH / GIÁM HỘ / GIỮ TRẺ:

- Nếu con của quý vị có bệnh tình nghiêm trọng, it is vital that you discuss this with your **Y TÁ TRƯỜNG ngay lập tức**.
- Nhà trường **cần phải** biết các trường hợp **ĐE ĐOẠ TÍNH MẠNG** (ví dụ như dị ứng nghiêm trọng với sóc phản vệ, bệnh tiểu đường, hen suyễn) **trước khi** bắt đầu năm học.

**Asthma (Hen Suyễn)**  Có  Không

Nếu có, thì em này có thường dùng thuốc hít khi có các triệu chứng hen suyễn không?  Có  Không

**Allergy - Severe (Dị Ứng - Nặng), có toa thuốc Epi Pen** (ví dụ: thực phẩm, bị côn trùng cắn)

Chất gây dị ứng nào phải dùng tới Epi Pen? \_\_\_\_\_

**Diabetes (Tiểu Đường)**

Ngày chẩn đoán bệnh: \_\_\_\_\_ Có xài thuốc insulin không:  Có  Không

**Seizure disorder (Bệnh Động Kinh)**

Đặt mua thuốc để cấp cứu động kinh khẩn cấp trong trường học  Có  Không

Allergy (Dị ứng), **Không** đe dọa tính mạng (**Không có toa Epi Pen**)

(Các) chất gây dị ứng: \_\_\_\_\_ (Các) phản ứng: \_\_\_\_\_

(Các) chất gây dị ứng: \_\_\_\_\_ (Các) phản ứng: \_\_\_\_\_

Trở Ngại Thính Giác  Thiết bị hỗ trợ:  Có  Không

Trở Ngại Thị Giác  Mắt kiếng  Kính áp tròng (contacts)

**Xin vui lòng liên lạc với Y Tá Trường nếu con quý vị cần phải dùng thuốc tại trường hoặc có bất kỳ vấn đề đáng lo ngại về sức khỏe quan trọng nào.**

Con/ em tôi **cần phải** dùng thuốc tại trường học

Con/em tôi **không** có vấn đề sức khỏe gì tại thời điểm này

Các vấn đề y tế / loại thuốc khác dùng ở nhà: \_\_\_\_\_

**Học sinh có tên ở trên đây có bảo hiểm y tế**  Có  Không

Nếu có, cho biết tên của Công Ty Bảo Hiểm: \_\_\_\_\_

### **Đồng Ý Cho Phép Chia Sẻ Bệnh Sử**

Việc tiết lộ thông tin về sức khỏe của học sinh trong trường chỉ giới hạn ở các thông tin cần thiết để chăm sóc sức khỏe cho việc học tập của học sinh. Chữ ký của quý vị cho phép y tá thông báo cho nhân viên nhà trường biết các biện pháp phòng ngừa và các thủ tục để bảo vệ con quý vị trong lớp học và giúp cháu thành công trong học tập. Chữ ký của quý vị là một sự đồng ý cho phép chia sẻ bệnh sử và sức khỏe của con mình với nhân viên nhà trường dựa trên nhu cầu mà trường cần phải biết để đảm bảo sự thành công trong học tập và lên các phương án làm việc trong trường hợp khẩn cấp, dựa trên quyết định của y tá và hiệu trưởng.

