



МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ УЧЕНИКА

Учебный год 2024-25

Фамилия ученика _____ Имя _____

Пожалуйста, отметьте все, что подходит. Если у Вашего ребенка нет хронических заболеваний, перейдите к концу документа и подпишите. Вся информация, предоставленная в этой форме, будет предоставлена соответствующим сотрудникам школы на основе «необходимости знать», чтобы обеспечить здоровье и безопасность Вашего ребенка.

Дата рождения _____ Класс _____ Школа _____

ЗАБОЛЕВАНИЯ, УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ | Требуемые формы комнаты здоровья: www.lkstevens.wednet.edu/health-forms

RG ТЯЖЕЛАЯ астма (Смотрите ниже, если не серьезно)

EG ТЯЖЕЛАЯ аллергия (требуется EpiPen) Аллергия на: _____

EK Диабет 1-го типа (инсулинозависимость)

GE Дисфагия: _____

NP Приступы/судороги C_ Заболевания сердца: _____

BB Гемофилия _____

Закон штата требует, чтобы учащиеся с такими угрожающими жизни заболеваниями, как анафилаксия, астма, судороги, сердечная недостаточность, гемофилия или диабет, пришли на род. собрание со школьной медсестрой и был составлен план по уходу до первого дня занятий в школе.

Чтобы ваш ученик мог посещать школу, пожалуйста, свяжитесь с медсестрой здания после того, как все документы будут заполнены.

Другие заболевания

NB СДВГ, кем поставлен диагноз: _____

ED Аллергия - На еду: _____

EE Аллергия - На насекомых: _____

EM Аллергия - На лекарство: _____

EC Аллергия - Сезонная: _____

EB Аллергия - На животных: _____

PA Тревожность

RG Астма (не выраженная) в настоящее время лечится с помощью ингалятора

RH Прошлая история астмы больше не использует

NC ингалятор Расстройство аутистического спектра

B_ Заболевания крови: _____

GA Целиакия

NE Церебральный паралич

YA Хронические ушные инфекции

UB Хронические инфекции мочевых путей

NU Сотрясение мозга/черепно-мозговая травма

EJ Кистозный фиброз

PC Депрессия

NF Нарушение развития

EL Диабет 2-го типа

EN Расстройство пищевого поведения

GH ГЭРБ/кислотный рефлюкс

N_ Головные боли _____ или _____ мигрени

GK Расстройство кишечника _____ или _____ заболевание Крона

M_ Скелетно-мышечные нарушения: _____

RE Реактивная болезнь дыхательных путей Заболевание

EU щитовидной железы: _____

Другая мед. история(госпитализации, травмы, другие диагнозы/заболевания, которые не указаны):

Перечислите ВСЕ текущие лекарства (обведите те, которые будут приниматься в школе):

Обратите внимание: закон штата требует письменного разрешения от поставщика медицинских услуг и родителя, прежде чем какие-либо лекарства (по рецепту И без) можно приносить и/или принимать в школе. Формы доступны онлайн и в каждом школьном офисе.

Мой ребенок носит: _____ очки YF _____ Контактные линзы YF _____ Слуховой аппарат YB _____ Другое: _____

У моего ребенка НЕТ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ

Если с родителем/опекуном или уполномоченным контактным лицом невозможно связаться во время чрезвычайной медицинской ситуации, и если по решению администрации школы требуется срочная помощь, я разрешаю и предписываю администрации школы направить учащегося в ближайшее и наиболее подходящее медицинское учреждение. Я понимаю, что буду нести полную ответственность за оплату любых оказанных услуг.

Дата _____

Подпись _____

Кем прихожусь ученику _____

Телефон _____