



МЕДИЧНА ІСТОРІЯ УЧНЯ

Навчальний рік 2024-25

Прізвище учня _____

Ім'я _____

Будь ласка, відзначте все, що підходить. Якщо у Вашої дитини немає хронічних захворювань, перейдіть до кінця документа та підпишіть. Вся інформація, надана в цій формі, буде надана відповідним співробітникам школи на основі «необхідності знати», щоб забезпечити здоров'я та безпеку Вашої дитини.

Дата народження _____ Клас _____ Школа _____

ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ЗАГРОЖУЮТЬ ЖИТТЮ | Необхідні бланки кабінету здоров'я: www.lkstevens.wednet.edu/health-forms

RG ВАЖКА астма (Дивіться нижче, якщо не важко)

EG ВАЖКА алергія (потрібно Епіпен) Алергія до: _____

EK Діабет 1-го типу (інсулінозалежність)

GE Дисфагія: _____

NP Напади/судоми

C_ Захворювання серця: _____

BB Гемофілія

Закон штату вимагає, щоб учні з такими загрозливими життя захворюваннями, як анафілаксія, астма, судомі, серцева недостатність, гемофілія або діабет, прийшли на рід. збори зі шкільної медсестрою та був складений план по догляду до першого дня занять в школі.

Щоб ваш учень відвідував школу, будь ласка, зв'яжіться з медсестрою будівлі після заповнення всіх документів.

Інші захворювання

NB СДУГ, ким поставлений діагноз: _____

ED Алергія - На їжу: _____

EE Алергія - На комах: _____

EM Алергія - На ліки: _____

EC Алергія - Сезонна: _____

EB Алергія - На тварин: _____

PA Тривожність

RG Астму (не важку) в даний час лікують за допомогою інгалятора

RH Астма (минула історія) більше не використовує інгалятор

NC Розлад спектру аутизму

B_ Захворювання крові: _____

GA Целіакія

NE Церебральний параліч

YA Хронічні вушні інфекції

UB Хронічні інфекції сечових шляхів

NU Струс мозку/черепно-мозкова травма Кістозний

EJ фіброз

PC Депресія

NF Інвалідність у розвитку

EL Діабет 2-го типу

EN Розлад харчової поведінки

GH ГЕРБ/кислотний рефлюкс

N_ Головні болі або мігрені

GK Розлад кишечника або хвороба Крона

M_ Скелетно-м'язові порушення: _____

RE Реактивна хвороба дихальних шляхів

EU Захворювання щитовидної залози: _____

Інша мед. історія (госпіталізації, травми, інші діагнози/захворювання, які не вказані):

Перерахуйте ВСІ поточні ліки (обведіть ті, які будуть прийматися у школі):

Зверніть увагу: закон штату вимагає письмового дозволу від постачальника медичних послуг та батьків, перш ніж будь-які ліки (за рецептом та без) можна приносити та/або приймати у школі. Форми доступні онлайн та у кожному шкільному офісі.

Моя дитина носить:

Окуляри YF

Контактні лінзи YF

Слуховий апарат YB

Інше: _____

У моєї дитини НЕМАЄ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ДАНИЙ МОМЕНТ

Якщо з батьком/опікуном або уповноваженою контактною особою неможливо зв'язатися під час надзвичайної медичної ситуації, та якщо за рішенням адміністрації школи потрібна термінова допомога, я дозволяю та наказую адміністрації школи спрямувати учня до найближчого та найбільш підходячого медичного закладу. Я розумію, що буду нести повну відповідальність за оплату будь-яких наданих послуг.

Дата _____

Підпис _____

Ким доводжуся учневі _____

Телефон _____