

學生姓名：_____ 出生日期：____/____/____ ☐男 ☐女

姓氏 名字

HARRISBURG 學區保健室緊急聯絡卡

學年	年級	人力資源	教師
----	----	------	----

家庭住址 _____ 住宅電話 _____

母親的姓名 _____ 辦公電話 _____ 手機 _____

父親的姓名	辦公電話	手機
-------	------	----

或監護人的姓名 辦公電話 手機

緊急聯絡人（家長或監護人以外）

姓名及 (與該學生的) 關係	住宅電話	其他電話
------------------	------	------

1.

***請注意：**任何被列為聯絡人的人士均有可能接到來電，除非我們另有說明。

學生的醫生及電話號碼： Dr. _____ (717) _____ - _____	學生的牙醫及電話號碼： Dr. _____ (717) _____ - _____
保險公司： ☐ Medical Assistance ☐ CHIP ☐ 無 ☐ 其他 _____	您的小孩上次看醫生或牙醫是什麼時候？ 就診日期： 醫生 _____ 牙醫 _____

重要說明：簽署此卡表示您將准許進行以下事項：

1. Harrisburg 學區為了支援您小孩的教育過程，可與您小孩的醫生及牙醫交流醫療與牙科資料，並可與該學區內的其他醫護專業人士共用健康資料。
3. 若發生需要將您的小孩送至醫院進行評估的嚴重緊急狀況，可撥打 **911**，您的小孩可被救護車送往醫院。本學區不承擔此服務的費用。

健康歷史最新資料

- 列出任何嚴重疾病、手術、損傷、骨折或新診斷的病症，如哮喘、鐮狀細胞性貧血、糖尿病等。

- 列出學校需注意的所有特殊健康問題或身體缺陷：

- 列出所有嚴重過敏症（蜜蜂螫傷、藥物、食物或其他）：

- 列出您的小孩正在服用的所有藥物及劑量：

- 列出其他任何可能影響您的小孩學業的顧慮或情形：

兄弟姐妹資料 (姐妹 / 兄弟)		
姓名 (姓氏 , 名字)	年齡/年級	所在學校

請閱讀並在下方簽名

- 1). 若出現核緊急狀況，我的小孩可遵醫囑服用適量的碘化鉀。

--	--	--	--	--	--

簽名	姓名首字母
簽名	姓名首字母
簽名	姓名首字母
簽名	姓名首字母