

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्म मिति: ____/____/____ ☐ पुरुष ☐ महिला
थर _____ नाम _____

HARRISBURG स्कूल डिस्ट्रिक्ट स्वास्थ्यकक्ष आकस्मिक कार्ड

शैक्षिक वर्ष _____ ग्रेड _____ एचआर _____ शिक्षक _____
घरको ठेगाना _____ घरको फोन _____
आमाको नाम _____ कार्यालयको फोन _____ मोबाइल _____
पिताको नाम _____ कार्यालयको फोन _____ मोबाइल _____
वा अभिभावकको नाम _____ कार्यालयको फोन _____ मोबाइल _____

आकस्मिक संपर्कहरू (मातापिता वा अभिभावक भन्दा अन्य)

नाम र नातासंबन्ध (विद्यार्थीसंगको नाता) _____ घरको फोन _____ अन्य फोनहरू _____

1. _____

2. _____

*कृपया ध्यान दिनुहोस्: हामीलाई पूर्वजानकारी (फोन नगर्न) नगराइएको खण्डमा माथि उल्लेखित व्यक्तिहरूलाई फोन गर्न सकिने छ ।

विद्यार्थीको चिकित्सक र फोन नं: डा. _____ (717) _____ - _____	विद्यार्थीको दन्त चिकित्सक र फोन नं: डा. _____ (717) _____ - _____
बीमा कम्पनी: ☐ स्वास्थ्य सहायता ☐ सीएचआईपी ☐ कुनै होइन ☐ अन्य _____	बच्चाको अन्तिम पटक चिकित्सक र दन्तचिकित्सकलाई कहिले भेटेको थियो ? भेटेको मिति(हरू): चिकित्सक _____ दन्तचिकित्सक _____

महत्वपूर्ण नोट: यो कार्डमा हस्ताक्षर गरेपछि तपाईंले निम्न बुँदाहरूको लागि अनुमति प्रदान गर्नुहुन्छ:

- तपाईंको बच्चाको शिक्षाको प्रक्रियामा सहयोग पुऱ्याउनको लागि द Harrisburg स्कूल डिस्ट्रिक्टले तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य तथा दाँतको अवस्था र विवरणहरू चिकित्सक र दन्तचिकित्सक तथा अन्य विशेषज्ञलाई उपलब्ध गराउन सक्ने छ ।
- आकस्मिक अवस्थामा तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य परिक्षण अस्पतालमा नै गर्नु पर्ने भएमा, 911 मा फोन गर्न सकिने छ र तपाईंको बच्चालाई एम्बुलेन्समा अस्पताल पुऱ्याउन सकिने छ । यो सेवाको लागि लाग्ने शुल्क स्कूल डिस्ट्रिक्टले व्यहोर्ने छैन ।

स्वास्थ्य इतिहास अद्यावधिक

- कुनै गम्भीर स्वास्थ्यवावस्था, शल्यक्रिया, चोटपटक, हड्डी भाँचिएको वा भर्खरै मात्र थाहा लागेको अवस्थाहरू जस्तै दम, सिकल सेल, मधुमेह, आदि भए उल्लेख गर्नुहोस्: _____
- विद्यालयलाई सचेत गराउनु पर्ने कुनै पनि विशेष स्वास्थ्य समस्या वा शारिरिक असक्षमता भए उल्लेख गर्नुहोस्: _____
- कुनै पनि गम्भीर एलर्जी भए उल्लेख गर्नुहोस् (माहुरीको चिलाई, औषधी संबन्धी, खाना, अन्य): _____
- तपाईंको बच्चाको लिईरहेको सबै औषधि(हरू) तथा मात्रा(हरू) को बारेमा उल्लेख गर्नुहोस्: _____
- विद्यालयमा तपाईंको बच्चाको प्रगतिलाई बाधा पुग्न सक्ने कुनै अवस्था वा सरोकारहरू भए उल्लेख गर्नुहोस्: _____

सहोदरहरूको विवरण (दिदीबहिनीहरू / दाजुभाइहरू)		
नाम (थर, नाम)	उमेर/कक्षा	विद्यालय

कृपया तलका बुँदाहरू पढी हस्ताक्षर गर्नुहोस्:

1). न्युक्लियर इमर्जेन्सीको अवस्थामा डाक्टरको सल्लाह अनुसार मेरो बच्चाको Potassium Iodide लिन सक्ने छ ।

कुनै एकमा चिनो लगाउनुहोस्: _____ हो वा होइन

2). विद्यालयको निगरानीमा तपाईंको बच्चाको ग्रहण गर्न सक्ने निम्न औषधीहरूमा गोलो चिनो लगाउनुहोस्:

Tylenol Hydrocortisone Cream Ibuprofen Tums

X _____

अभिलेख

कृपया ध्यान दिनुहोस्:

एउटै अवस्थाको लागि मात्रा भन्दा बढी औषधी लगातार तीन (3) दिनभन्दा बढी वा हरेक स्कूल चौमासिकमा तीन (3) भन्दा बढी मात्रा दिइने छैन ।

ओटिसी औषधी रेखदेख अभिलेख

मिति	समय	औषधी / मात्रा	दिइएको कारण	कैफियत	हस्ताक्षर

हस्ताक्षर	सुरुको अंश
हस्ताक्षर	सुरुको अंश
हस्ताक्षर	सुरुको अंश

हस्ताक्षर

सुरुको अंश