



Lịch Sử Sức Khỏe của Học Sinh

Vui lòng cập nhật thông tin sức khỏe của học sinh để chúng tôi có thể quản lý dịch vụ chăm sóc tốt nhất có thể ở trường.

Thông Tin Học Sinh

Họ Học Sinh	Tên Học Sinh	Giới tính
Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	Giáo viên	Cấp lớp
Tên Cha/Me/Người Giám Hộ (vui lòng viết hoa)	Điện thoại nhà của Cha/Me/Người Giám Hộ	Điện thoại di động của Cha/Me/Người Giám Hộ
Email của Cha/Me/Người Giám Hộ	Tên/địa chỉ của Nhân Viên Y Tế Được Cấp Phép	Điện thoại của Nhân Viên Y Tế

Tiền Sử Bệnh Lý của Học Sinh

Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp.

<input type="checkbox"/> Dị ứng (xem bên dưới)	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường (xem bên dưới)	<input type="checkbox"/> Rối loạn động kinh (xem bên dưới)
<input type="checkbox"/> Bệnh hen suyễn (xem bên dưới)	<input type="checkbox"/> Lo lắng về chế độ ăn uống	<input type="checkbox"/> Bệnh về da/bệnh chàm
<input type="checkbox"/> Các vấn đề về hành vi	<input type="checkbox"/> Đau đầu/đau nửa đầu thường xuyên	<input type="checkbox"/> Các vấn đề về dạ dày/ruột
<input type="checkbox"/> Các vấn đề về bàng quang hoặc ruột	<input type="checkbox"/> Vấn đề về thính giác	<input type="checkbox"/> Rối loạn tiết niệu/thận
<input type="checkbox"/> Rối loạn máu	<input type="checkbox"/> Bệnh trạng về tim (xem bên dưới)	<input type="checkbox"/> Vấn đề về thị lực
<input type="checkbox"/> Não bộ (<i>chấn thương, bệnh trạng, phẫu thuật, v.v.</i>)	<input type="checkbox"/> Khuyết tật thể chất	<input type="checkbox"/> Vấn đề về thị lực - kính mắt/kính áp tròng?
<input type="checkbox"/> Khác (<i>vui lòng ghi rõ</i>)		

Các chứng dị ứng

<input type="checkbox"/> Dị ứng do ong đốt	<input type="checkbox"/> Dị ứng thực phẩm (<i>ghi rõ</i>)	<input type="checkbox"/> Dị ứng khác (<i>ghi rõ</i>)
--	---	--

Vui lòng mô tả phản ứng dị ứng và cách điều trị:

Học sinh của quý vị đã bao giờ được chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép đề nghị mang theo bút tiêm EpiPen chưa? Không Có - Nếu có, học sinh của quý vị phải có y lệnh của bác sĩ và bút tiêm EpiPen chuẩn bị sẵn trước khi đi học.

Hen suyễn

Vui lòng đánh dấu các yếu tố gây kích ứng có thể áp dụng:	<input type="checkbox"/> dị ứng	<input type="checkbox"/> tập thể dục	<input type="checkbox"/> chất gây kích ứng	<input type="checkbox"/> nhiễm trùng đường hô hấp	<input type="checkbox"/> thời tiết (không khí lạnh)
---	---------------------------------	--------------------------------------	--	---	---

Nếu quý vị đã chọn Có đối với bệnh hen suyễn ở trên, vui lòng hoàn thành kế hoạch điều trị bệnh hen suyễn (ASP-1) trước khi đến trường.

Bệnh Trạng Đe Dọa Đến Tính Mạng

Nếu học sinh của quý vị mắc một bệnh trạng đe dọa đến tính mạng như bệnh tiểu đường, bệnh tim, hoặc rối loạn co giật, vui lòng liên hệ với y tá học đường để có thêm các giấy tờ cần thiết trước khi vào học.

Thông Tin Sức Khỏe Khác

Học sinh của quý vị có vấn đề về sức khỏe ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày hoặc việc tham gia học tập của trẻ không? Không Có
Nếu có, hãy giải thích:

Liệt kê mọi chấn thương hoặc phẫu thuật quan trọng:

Học sinh của quý vị có buộc phải dùng thuốc điều trị không? Không Có Học sinh của quý vị có buộc phải uống thuốc ở trường không? Không Có

Vui lòng liệt kê bất cứ tên thuốc nào và lý do dùng thuốc:

Có nhu cầu hoặc mối lo ngại đặc biệt nào khác?

Chính Sách Sử Dụng Thuốc Cho Học Sinh

Các loại thuốc uống, thuốc kê toa hoặc thuốc mua không cần toa bác sĩ, chỉ có thể được sử dụng cho học sinh khi có văn bản cho phép của cha/me/người giám hộ và một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép. Các biểu mẫu **Cho Phép Sử Dụng Thuốc tại Trường Học** có thể được cung cấp [trực tuyến](#) hoặc bằng cách gọi cho y tá học đường của quý vị.

Chấn Thương Ở Trường

Nếu học sinh bị thương ở trường, chúng tôi sẽ liên hệ: 1) cha/me/người giám hộ hoặc người liên lạc khẩn cấp; và 2) 911 nếu cần.

Tôi chấp thuận việc tiết lộ thông tin y tế liên quan đến học sinh của tôi cho nhân viên nhà trường để đảm bảo an toàn cho học sinh tại trường. Tôi hiểu rằng tôi sẽ có trách nhiệm thu xếp việc thanh toán dịch vụ chăm sóc y tế nếu con tôi bị thương. Tôi đã đọc và hiểu rõ biểu mẫu này.

Tên Cha/Me/Người Giám Hộ (vui lòng viết hoa)	Chữ ký của Cha/Me/Người Giám Hộ	Ngày (mm/dd/yyyy)
--	---------------------------------	-------------------