

Các Trường Công Lập Pennsauken Sở Dịch Vụ Đặc Biệt

Các Câu Hỏi Lịch Sử Sức Khỏe

Tên _____ Ngày sinh _____ Tính: Nam
Nữ

Tên Phụ Huynh / Người Giám Hộ _____

Chu sinh / Lịch sử sinh (PreK – 6 ONLY)

Người mẹ đã có bất kỳ vấn đề / bệnh trong thời gian mang thai hoặc sinh đẻ? Có ___ Không ___

Nếu có, xin giải thích ngắn gọn _____

Đứa trẻ Được sinh ra đủ tháng ___ sớm ___ trễ ___?

Trọng lượng sơ sinh của đứa trẻ là gì? _____

Con bạn Đã có bất cứ căn bệnh hoặc các vấn đề khi còn là trẻ sơ sinh ?

Có ___ Không ___ Nếu có, xin giải thích ngắn gọn _____

Lịch Sử Tình Trạng Sức Khỏe

	Có	Không	Năm
Allergies (hẹn suyễn)			
Asthma (dị ứng)			
Cardiac (heart) Condition/Problem (Bệnh/Vấn Đề về Tim)			
Chicken Pox (Ngứa Sởi)			
Diabetes (Bệnh tiểu đường)			
Frequent colds (Cảm lạnh thường xuyên)			
Frequent ear infections (Thường xuyên nhiễm tai)			
Frequent headaches (Thường xuyên đau đầu)			

Frequent nosebleeds (Thường xuyên chảy máu mũi)			
Frequent stomachaches (Thường xuyên đau bụng)			
Frequent throat infections (Thường xuyên viêm họng)			
Hearing problems (Vấn đề tai nghe)			
Hemophilia (Xuất huyết)			
Sốt cao (> 104 độ trong 2 ngày hoặc lâu hơn)			
Meningitis (Viêm màng não)			
Seizures (Động kinh)			
Sickle cell disease (hồng cầu hình liềm)			
Toothaches/dental problems (Đau răng / vấn đề về răng)			
Tubes places in ears (Cổ ống bở trong tai)			
Vision problems (vấn đề tầm nhìn)			

Nếu có cho bất kỳ ở trên , xin vui lòng giải thích _____

Thường là con bạn bị ốm bao nhiêu lần? Thường xuyên____ Tỉnh thoảng__ Không thường xuyên____

Con em của bạn đang dùng bất cứ loại thuốc nào? Có____ Không____

Nếu có, hãy liệt kê tên của các loại thuốc và cách dùng thuốc thường được thực hiện:

Tên của thuốc	Cách Dùng

Con của bạn cần phải dùng thuốc này trong trường học không? Có ___ Không ___

Con của quý vị đã bao giờ bị nhập viện? Có ___ Không ___

Nếu có, xin giải thích _____

Có bất kỳ vấn đề sức khỏe bổ sung mà bạn muốn các nhân viên y tá và trường học lưu ý?

Bác Sĩ Gia Đình:

Tên: _____ Điện Thoại: _____

Bạn có bảo hiểm y tế cho con của bạn? Có ___ Không ___

Nếu có, kế hoạch bảo hiểm y tế của trẻ là: _____

Nếu không có, bạn có thể tiết lộ tên và địa chỉ của tôi để chương trình chăm sóc gia đình NJ liên hệ với tôi về bảo hiểm y tế. Có ___ Không ___ Đăng ký trực tuyến www.njfamilycare.org hoặc gọi điện thoại 800-701-0710

Tôi cho phép y tá của trường để chia sẻ bất kỳ thông tin ở trên với các nhân viên thích hợp:

Phụ huynh / giám hộ chữ ký: _____ Ngày: _____

Các Trường Công Lập Pennsauken

Sở Dịch Vụ Đặc Biệt

Giấy Phép Cho Các Dịch Vụ Y Tế Học

Tôi xin cho phép con của tôi, _____, để nhận được chăm sóc y tế sau đây như là một phần của chương trình dịch vụ y tế ở Trường Công Pennsauken :

1. Một thử nghiệm cho da Mantoux lao cho sinh viên quy định bắt buộc bởi Sở y tế New Jersey và dịch vụ cao cấp .
2. Tầm nhìn , nghe, chiều cao và trọng lượng chiều theo New Jersey trường Sở Y tế hướng dẫn
3. Kiểm tra chứng vẹo cột sống bằng y tá của trường hoặc xác nhận được đào tạo . Tất cả học sinh độ tuổi từ 10 đến 18 tuổi bắt buộc phải có kỳ thi này ở New Jersey năm một lần.

Tôi hiểu rằng tôi sẽ được thông báo bằng y tá của trường nếu có vấn đề được tìm thấy như là kết quả của những xét nghiệm .

Tôi cho phép con tôi được đưa đến _____ bệnh viện để điều trị, trong trường hợp khẩn cấp , nếu tôi không thể liên lạc được.

Phụ huynh / giám hộ chữ ký: _____ Ngày: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: (nhà) _____

(công việc) _____

(liên lạc khẩn cấp) _____

Các Trường Công Lập Pennsauken

Sở Dịch Vụ Đặc Biệt

Cha mẹ/ người giám hộ,

Tất cả học sinh ở New Jersey được yêu cầu phải có tài liệu hướng dẫn khám sức khỏe khi nhập cảnh vào trường. Theo New Jersey Sở Giáo dục và các quy định chính sách của khu trường học, **kỳ thi vật lý này phải được thực hiện bởi bác sĩ gia đình của bạn** . Hãy có bác sĩ của bạn điền vào mẫu vật lý sức khỏe trẻ em phổ quát cho bạn tại tuyển sinh và nộp lại cho trường.

Nếu bạn không có một bác sĩ gia đình hoặc bạn không có bảo hiểm y tế cho con quý vị , xin vui lòng liên hệ với tôi ở trường để được giúp đỡ .

Xin vui lòng ký vào thư dưới đây cho các tài liệu của chúng tôi . Cám ơn.

Y tá của trường

Các Trường Công Lập Pennsauken

Tên của học sinh

Phụ huynh / giám hộ chữ ký

Ngày

Các Trường Công Lập Pennsauken

Chính Sách Thuốc

Sau đây là yêu cầu chính sách cho sinh viên đòi hỏi phải dùng thuốc trong giờ học:

1. Đơn đặt hàng bằng văn bản từ bác sĩ của học sinh đã cho thuốc.
2. Sự cho phép bằng văn bản của cha mẹ / người giám hộ.
3. Thuốc phải nằm trong thùng chứa ban đầu cho cả thuốc theo toa và thuốc không theo toa
4. Không có học sinh dưới 18 tuổi được phép mang thuốc đến trường. tất cả các thuốc phải được vận chuyển đến và đi từ trường của phụ huynh / người giám hộ hoặc một người lớn được chỉ định.

Thuốc này không thể được phân phối trừ khi tất cả các yêu cầu trên được đáp ứng .

Các yêu cầu thuốc cũng được nêu trong cuốn sổ tay của sinh viên / phụ huynh để bạn tham khảo .

Vui lòng ký, tách ra và nộp lại

Chính Sách Thuốc

Giấy Thỏa Thuận

Chúng tôi đã đọc các yêu cầu nêu trên và đồng ý tuân thủ.

Phụ huynh / giám hộ chữ ký

Ngày

Tên của học sinh

Cấp