ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ
РОДИТЕЛЕМ/ ПЕКУНОМ

История Здоровья

3418F2

(Имя, Фамилия): _____ ☐ М ☐ Ж Класс _____ ID #_____
Имя студента

Эта информация необходима для планирования соответствующей программы для вашего студента и для подготовки к любой чрезвычайной ситуации. *** Закон штата Вашингтон требует, чтобы для учащихся с такими заболеваниями как анафилактический шок, астма, диабет, эпилепсия и другими угрожающими жизни заболеваниями был составлен план который будет применен в случае неотложной медицинской помощи. Этот план должен быть составлен до первого дня посещения школы. Обратитесь к школьной медсестре, чтобы оформить все документы.**

Врожденные /генетические заболевания

AG ☐ Другие _____
AJ ☐ фетальный алкогольный синдром _____

Гематология (кровь)

BB ☐ ***Гемофилия** _____
BC ☐ Серповидноклеточная анемия _____
BD ☐ Другие состояния крови _____

Сердечно-сосудистые/сердечные заболевания

CG ☐ Другие _____

Эндокринные, аллергия, иммунная система, метаболические и пищевые заболевания

EB ☐ Другие аллергии
ED ☐ Аллергия - Пища _____
EE ☐ Аллергия - Насекомые _____
EG ☐ ***Анафилактическое состояние (EpiPen)** _____
EJ ☐ Муковисцидоз _____
EK/L ☐ ***Диабет 1 типа** ☐ ***Диабет 2 типа**
EM ☐ Аллергия на лекарства _____
EN ☐ Расстройство пищевого поведения _____
EO ☐ Другие эндокринные, иммунные или метаболические расстройства _____
EU ☐ Расстройство щитовидной железы _____

Заболевания желудочно-кишечного тракта, стоматологии и полости рта

GA/J/K ☐ глютеновая болезнь ☐ Болезнь Крона ☐ Раздраженный кишечник
GD ☐ Заболевание зубов _____
GG ☐ Пищевая непереносимость _____
GH/L ☐ Гастроэзофагеальный рефлекс ☐ Непереносимость лактозы
GI ☐ Другие _____
GM ☐ Заболевания печени _____
GN ☐ Заболевания ротовой полости _____

Скелетно-мышечная и соединительная ткань

MB ☐ Другие _____
MC ☐ Ревматоидный артрит _____
MD ☐ Мышечная дистрофия _____
MF ☐ Осгуд-Шлаттер _____
MH ☐ Сколиоз _____

Кожа и подкожные ткани

SB ☐ контактный дерматит (Экзема) _____
SH ☐ Другиег _____

Нервная система

☐ СДВГ-невнимательный ☐ СДВГ-Гиперактивный/Импульсивный
NB ☐ СДВГ-Комбинированные, Диагностируется: _____
NC ☐ Расстройство аутистического спектра _____
ND ☐ Центральная нервная система Другие _____
NE ☐ ДЦП _____
NF ☐ Инвалидность в развитии _____
NL ☐ Умственно отсталый _____
NH/I/J ☐ Мигрени ☐ Головные боли ☐ Шунт
NN ☐ Паралич _____
NP ☐ ***Эпилепсия** _____
NQ ☐ Сенсорное состояние _____
NS ☐ Спина Бифида _____
NT ☐ Травма спинного мозга _____
NU ☐ Травма головного мозга _____

Психическое состояние/Поведение

PA ☐ Тревоги _____
PC ☐ Депрессия _____
PH ☐ Расстройство сна _____
PI ☐ Синдром Туретта _____
PJ ☐ Другие _____

Респираторные заболевания

RA ☐ Бронхоспазм вызванный физическими упражнениями ☐ ***Ингалятор**
RE ☐ Реактивное заболевание дыхательных путей _____
RF ☐ Другие _____
RG ☐ ***Астма** ☐ ***Ингалятор**
RH ☐ Астма – не диагностированная

Неоплазмы (Рак/Опухоли)

TI ☐ Другие _____

Почечная и мочеполовая

UB ☐ Хроническая инфекция мочевыводящих путей _____
UC ☐ Дисменорея (болезненные менструации) _____
UD ☐ Состояние мочеполовой системы Другие _____
UH ☐ Состояние почек Другие _____

Глаз и ухо

YB ☐ Нарушение слуха _____
YA/YC ☐ Хронические инфекции уха ____ ☐ Состояние уха _____
YD ☐ Незрячий _____
YE ☐ Состояние глаз _____
YF ☐ Носит очки _____ последняя проверка зрения : _____

Нужны ли лекарства в домашних условиях? ☐ Нет ☐ Да Пожалуйста, список: _____
Нужны ли лекарства в школе? ☐ Нет ☐ Да, пожалуйста, перечислите : _____
Предпочетаемая больница: _____

История болезни (отметьте все что применимо) Или ☐ Нет проблем со здоровьем в это время (пожалуйста, подпишите ниже).

Если родитель/опекун или уполномоченный экстренный контакт не могут быть достигнуты во время неотложной медицинской помощи, и если неотложная помощь срочна, я разрешаю школьным властям направить моего ученика в больницу или к врачу, который является наиболее доступным.Я понимаю, что я несу полную ответственность за оплату любых оказанных услуг. Я понимаю, что информация, представленная выше, будет передана соответствующему школьному персоналу чтобы обеспечить безопасность моего ученика. Я даю разрешение работникам школьного округа Снохомиш получить и ввести даты получения прививок в WAIIS для ведения учета иммунизации моего ученика.

Дата: _____ **Подпись родителей/опекунов :** _____ Телефон: _____

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЕВ

Фамилия учащегося, печатными буквами: _____ Автобус №: _____

Для обеспечения неотложной и безопасной помощи Вашему ребенку и выполнения Ваших пожеланий в случае травмы или болезни в школе, нам необходима следующая информация. Просьба заполнить анкету полностью. ***Пожалуйста, заполните печатными буквами.***

Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ Год/класс: _____
Фамилия Имя Инициалы

Домашний адрес: _____ Домашний телефон: _____
улица Город Индекс

Почтовый адрес, если отличается от домашнего: _____
улица Город Индекс

С кем проживает: ☐ Родителиs ☐ Только мать ☐ Мать/Отчим ☐ Опекун ☐ Только отец ☐ Отец/Мачеха

Другое: _____

Имя родителя/опекуна 1: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя родителя/опекуна 2: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Основной язык общения в домашних условиях: ☐ Английский ☐ Испанский ☐ Другой: _____

Детское дошкольное учреждение (если применимо): _____ Телефон: _____

Заполните следующие поля, если у ребенка есть родитель, с которым он не проживает, и который может принимать экстренные решения в отношении учащегося, и получать копии документов, включая бюллетени, табели успеваемости, корреспонденцию, и т.п.

Домашний адрес: _____ Домашний телефон: _____
улица Город Индекс

Имя родителя/опекуна 1: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя родителя/опекуна 2: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Помимо родителя/опекуна, если с Вами не удастся связаться, школа может позвонить и позволить забрать Вашего ребенка любомуиз указанных ниже лиц:

Имя 1: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя 2: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя 3: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Перечислите всех детей, обучающихся в школьном округе Снохомиш в этом году. (Сначала укажите детей, посещающих данную школу)

Фамилия	Имя	Школа	Класс

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____

Пожалуйста, отметьте здесь, если какая-либо информация в этой форме обновлена. ☐ ******ЭТА ФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ ВОЗВРАЩЕНА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ***