

Форма для обновленной информации по состоянию здоровья учащихся в ESD
Заполните эту форму, если у вашего ученика есть новые или возобновленные проблемы со здоровьем, о которых школа должна знать

Имя учащегося: _____ День рождения: _____ Класс _____
Школа: _____ Учебный год: _____ Имеется мед. страховка: ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Имя врача и клиника (Health Care Provider Name): _____ Телефон: _____

☐ **Нет известных нам новых состояний** ☐ **ТРЕБУЕТСЯ ПЕРЕВОДЧИК** С какого языка? _____

Опасные для жизни состояния здоровья ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ Анафилаксия (Anaphylaxis -Epinephrine prescribed) ☐ Аллерген(ы): _____ ☐ Диабет: ☐ Тип 1 ☐ Тип 2 ☐ Судороги – (Безотлагательно требуется лекарство) ☐ Астма – тяжелая ☐ Другие опасные для жизни состояния: _____ <i>* Закон штата требует, чтобы учащиеся с опасными для жизни состояниями имели составленный план ухода и имели нужные лекарства в школе</i>	Психическое или поведенческое здоровье ☐ Тревога (Anxiety) ☐ Депрессия ☐ Расстройство сна ☐ Другое психическое или поведенческое здоровье ☐ Состояние: _____ ☐ В настоящее время посещает Психолога (receiving therapy). Как часто? _____ Нервная система (Головной мозг) ☐ СДВГ/СДВГ ((ADHD/ADD) Дефицит внимания и гиперактивность дата постановки диагноза _____ ☐ Спектр аутизма ☐ Головные боли, повторяющиеся ☐ Судороги, тип: _____ ☐ Черепно-мозговая травма/сотрясение мозга. Дата травмы: _____ ☐ Другие неврологические состояния: _____ Кровотечение ☐ Частые носовые кровотечения ☐ Другие заболевания крови: _____ Кости / Физическая активность ☐ Состояние или заболевание _____ ☐ Инвалидная коляска, костыли, бандаж _____ ☐ Любые недавние травмы, влияющие на ☐ Подвижность или передвижения _____ Сердце / Сердце / Кровоток Пожалуйста, опишите: _____ Лекарства Мой ребенок нуждается в лекарствах в школе на текущий учебный год: ☐ да ☐ нет в лекарствах дома: ☐ да ☐ нет Лекарства: _____ Недавние госпитализации или операции. Пожалуйста, опишите: _____ Другие проблемы со здоровьем или информация, не указанная в списке: _____ _____ _____
Дыхание ☐ Астма- в настоящее время ☐ Астма - когда-либо диагностированная ☐ Астма, вызванная физическими упражнениями ☐ Реактивная болезнь дыхательных путей ☐ Другие респираторные состояния _____ Глаза / Уши ☐ Нарушение слуха ☐ Частые ушные инфекции ☐ Носит очки или контактные линзы Другое: _____ Аллергия пищевая ☐ Аллергия- на определенные продукты питания _____ ☐ Аллергия на укусы насекомых _____ ☐ Аллергия на плесень, пыль, пыльцу. Опишите и уточните: _____ ☐ Аллергия на лекарства: _____ ☐ Аллергия Другое _____ Заболевания желудочно-кишечный тракта ☐ Целиакия (Celiac Disorder) ☐ Пищевая непереносимость (включая продукты, исключаемые по религиозным соображениям): _____ ☐ Хронические запоры ☐ Энкопрез (Encopresis) ☐ Отрыжка (Gastric Reflux) ☐ Изжога (Heartburn) ☐ ГЭРБ GERD ☐ Проблемы с получением пищи: _____ ☐ Другие проблемы с пищеварением: _____	

Предоставленная информация хранится в строгой конфиденциальности и будет передана только соответствующему школьному персоналу, который должен это знать, чтобы обеспечить здоровье и безопасность ученика. Родитель / опекун несет ответственность за уведомление школьной медсестры в случае возникновения проблем со здоровьем или изменения условий и предоставление выписки от врача относительно состояния (состояний) здоровья их ребенка.

Подпись: _____ Имя печатными буквами: _____ Date: _____