

Заповніть цю форму, якщо у вашого учня є нові або оновлені проблеми зі здоров'ям, про які школа повинна знати.

Ім'я студента: _____ День народження: _____ Клас _____

Школа: _____ Навчальний рік: _____ Мед. страхування: ☐ ДА ☐ НЕТ

Ім'я лікаря та клініка(Health Care Provider Name): _____ Телефон: _____

☐ Нам не відомі нові захворювання ☐ ТРЕБА ПЕРЕВОДАЧА З якої мови? _____

Небезпечні для життя стани здоров'я ☐ так ☐ ні ☐ Анафілаксія - (Anaphylaxis -Epinephrine призначають) ☐ Алергени(и): _____ ☐ Діабет: ☐ тип 1 ☐ тип 2 типу ☐ Судоми - (терміново потрібні ліки) ☐ Астма – важка ☐ Інші небезпечні для життя умови: _____ <i>Закон штату вимагає, щоб студенти з небезпечними для життя умовами мали завершений план догляду та мали правильні ліки в школі</i> Дихання ☐ Астма - в даний час ☐ Астма - коли-небудь діагностовано ☐ Астма, викликана фізичними вправами ☐ Реактивні респіраторні захворювання ☐ Інші респіраторні захворювання _____ Очі / вуха ☐ Порушення слуху ☐ Часті вушні інфекції ☐ Носить окуляри або контактні лінзи Інше: _____ Харчова алергія ☐ Алергія - на певні продукти _____ ☐ Алергія на укуси комах _____ ☐ Алергія на цвіль, пилок, пилок. Опишіть _____ ☐ Алергія на ліки: _____ ☐ Алергія Інша _____ Захворювання шлунково-кишкового тракту ☐ Ціліакія розлад ☐ Харчова непереносимість (включаючи продукти, виключені з релігійних причин): _____ ☐ Хронічний запор ☐ Енкопрез (Енкопрез) ☐ Отрыжка (Gastric Reflux) ☐ Печія (Heartburn) ☐ ГЕРБ (GERD) ☐ Проблеми з отриманням їжі: _____ ☐ Інші проблеми з травленням: _____	Психічне або поведінкове здоров'я ☐ Тривога (Anxiety) ☐ Депресія ☐ Розлад сну ☐ Інше психічне або поведінкове здоров'я ☐ Стан: _____ ☐ В даний час він відвідує психолога (отримує терапію). Як часто? _____ Нервова система (мозок) ☐ СДУГ/СДУГ (ADHD/ADD) Синдром дефіциту уваги і гіперактивності дата постановки діагнозу _____ ☐ Аутизм ☐ спектр головні болі повторювані ☐ Судоми, тип: _____ ☐ Черепно-мозкова травма/струс головного мозку. Дата травми: _____ ☐ Інші неврологічні захворювання: _____ Кровотеча ☐ Часті носові кровотечі ☐ Інші захворювання крові: _____ Кістки / Фізична активність ☐ Стан або хвороба _____ ☐ Інвалідний візок, милиці, пов'язка _____ ☐ Будь-які недавні травми, що впливають на ☐ Мобільність або пересування _____ Серце / Серце / Кровотік Будь ласка, опишіть: _____ Ліки Мій дитині потрібні ліки в школі на поточний навчальний рік: ☐ так ☐ ні ☐ потрібні ліки вдома ☐ так ☐ ні Ліки: _____ Недавні госпіталізації або операції. Опишіть будь ласка: _____ Інші проблеми зі здоров'ям або інформація, не перераховані : _____
---	--

Надана інформація зберігається в суворій конфіденційності і буде передана тільки відповідним співробітникам школи, які повинні знати її з метою забезпечення здоров'я і безпеки учня. Батько / опікун несе відповідальність за повідомлення шкільної медсестри в разі проблеми зі здоров'ям або про зміни стану і надання виписки від лікаря щодо стану здоров'я своєї дитини.

Підпис: _____ Ім'я в блокових літерах: _____ Дата _____
 підпису _____