Edmonds School District

HS 535 VT
Annual Health Update Form

Điền vào mẫu đơn này nếu học sinh của quý vị có những lo ngại mới hoặc cập nhật về sức khỏe mà nhà trường cần biết

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Lớp: _____

Trường học: _____ Năm học: _____ Bảo hiểm: ❑ **CÓ** ❑ **KHÔNG**

Tên Bác sĩ Gia đình:_____ Điện thoại:_____

❑ **KHÔNG BIẾT RÕ TÌNH TRẠNG** ❑ **CẦN THÔNG DỊCH VIÊN** **Ngôn ngữ:** _____

Tình trạng sức khỏe đe dọa tính mạng ❑ CÓ ❑ KHÔNG

❑ Sốc phản vệ (kê đơn epinephrine)
❑ Chất gây dị ứng: _____
❑ Tiểu đường: ❑ Thể loại 1 ❑ Thể loại 2
❑ Co giật – (Cần dùng thuốc khẩn cấp)
❑ Hen suyễn – nặng
❑ Tình trạng đe dọa tính mạng khác: _____

***Luật tiểu bang yêu cầu học sinh có các tình trạng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng phải hoàn thành kế hoạch chăm sóc và có sẵn thuốc.**

Hô hấp/ Thở

❑ Hen suyễn- Hiện tại
❑ Hen suyễn- Từng được chẩn đoán
❑ Hen suyễn-tập thể dục gây ra
❑ Bệnh đường thở phản ứng
❑ Các tình trạng hô hấp khác _____

Mắt / tai

❑ Khiếm thính
❑ Nhiễm trùng tai thường xuyên
❑ Đeo kính hoặc kính áp tròng
❑ Khác: _____

Dị ứng, dinh dưỡng

❑ Dị ứng- Thực phẩm: _____
❑ Dị ứng-côn trùng: _____
❑ Dị ứng- nấm mốc, bụi, phấn hoa. Ghi rõ: _____
❑ Dị ứng- Thuốc:_____
❑ Dị ứng khác: _____

Tiêu hóa (tiêu hóa)

❑ Rối loạn celiac
❑ Không dung nạp thực phẩm (bao gồm cả sở thích tôn giáo):

_____

❑ Táo bón mãn tính ❑ Ỉa đùn
❑ Trào ngược dạ dày ❑ Chứng ợ nóng ❑ GERD (Bệnh trào ngược dạ dày thực quản)
❑ Quan tâm về việc cho ăn:_____
❑ Các vấn đề tiêu hóa khác: _____

Sức khỏe tâm thần hoặc hành vi

❑ Lo lắng
❑ Trầm cảm
❑ Rối loạn giấc ngủ
❑ Sức khỏe tâm thần hoặc hành vi khác
❑ Tình trạng:_____
❑ Hiện đang được điều trị. Tần suất điều trị : _____

Hệ thần kinh (não)

❑ ADHD/ADD ngày chẩn đoán: _____
❑ Hội chứng Phổ tự kỷ ❑ Nhức đầu, Tái phát
❑ Co giật, Loại:_____
❑ Chấn thương/chấn thương não.
Ngày chấn thương:_____
❑ Tình trạng thần kinh khác:_____

Chảy máu

❑ Chảy máu mũi thường xuyên
❑ Tình trạng chảy máu khác: _____

Xương / hoạt động thể chất

❑ Tình trạng:_____
❑ Xe lăn, nạng, nẹp răng:_____
❑ Bất kỳ chấn thương nào gần đây bị gãy xương hoặc các tổn thương khác ảnh hưởng
❑ Tính di động _____

Tim mạch / Tim / Máu lưu thông trong người

Vui lòng ghi rõ: _____

Thuốc Học sinh của tôi cần dùng thuốc ở trường cho năm học hiện tại: ❑ CÓ ❑ KHÔNG Thuốc tại nhà: ❑ CÓ ❑ KHÔNG
Thuốc:_____
_____

Các ca phẫu thuật hoặc nhập viện gần đây. Vui lòng ghi rõ :
_____

Các quan ngại hoặc thông tin liên quan đến sức khỏe khác không được liệt kê:
_____
_____

Thông tin cung cấp được giữ bí mật và chỉ được chia sẻ với nhân viên nhà trường khi cần biết để cung cấp sức khỏe và sự an toàn cho học sinh. Phụ huynh/người giám hộ có trách nhiệm thông báo cho y tá trường nếu có vấn đề về sức khỏe hoặc tình trạng thay đổi và cung cấp thư từ khi cần thiết từ bác sĩ gia đình về tình trạng sức khỏe của học sinh.

Chữ ký: _____ Tên viết hoa: _____ Ngày: _____

Rev 7/24