

CÁC TRƯỜNG GIÁO XỨ JEFFERSON MẪU
THÔNG TIN SỨC KHỎE 2026-2027

Tên Học Sinh _____ Ngày Sinh _____ Cấp Lớp _____

Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp _____ Điện Thoại của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp _____

Địa Chỉ Email của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp _____

Bệnh Viện Được Chọn _____ Tên Bác Sĩ _____ Điện Thoại của Bác Sĩ _____

Con quý vị có đi xe buýt không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG; Số Hiệu Xe Buýt _____ Con quý vị có tham gia hậu cần chăm sóc không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

TIỀN SỬ BỆNH (Đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)

☐ Thiếu Máu	☐ Bệnh Chàm (Eczema)	☐ Bệnh Hô Hấp
☐ Lo Âu	☐ Dùng Ống Truyền Dinh Dưỡng	☐ Vẹo Cột Sống
☐ Rối Loạn Tăng Động/Giảm Chú Ý (ADHD)	☐ Bệnh Đường Tiêu Hóa	☐ Co Giật
☐ Tự Kỳ	☐ Bệnh Máu Khó Đông	☐ Các Vấn Đề về Âm Ngữ Nghiêm Trọng
☐ Mù/Khiếm Thị	☐ Bệnh Cao Huyết Áp	☐ Bệnh Tuyến Giáp
☐ Ung Thư	☐ Bệnh Thận	☐ Hội Chứng Tourette
☐ Bệnh Tim Mạch	☐ Bệnh Cơ Xương Khớp	☐ Bệnh Tiết Niệu
☐ Bại Não	☐ Béo Phì	☐ Các Vấn Đề về Thị Giác
☐ Rối Loạn Hành Vi (CD)	☐ Rối Loạn Ảnh Ảnh Cưỡng Chế (OCD)	☐ Khác
☐ Bệnh Xơ Nang	☐ Rối Loạn Thách Thức Chống Đối (ODD)	_____
☐ Điếc/Khiếm Thính	☐ Rối Loạn Căng Thẳng Hậu Chấn Thương	_____
☐ Trầm Cảm	☐ Mang Thai	_____
☐ Bệnh Tiểu Đường		_____

Chi Tiết về Tình Trạng

Con quý vị có cần dùng thuốc ở trường cho bất kỳ tình trạng nào được liệt kê ở trên không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG (Chỉ định của bác sĩ **BẮT BUỘC**)

Con quý vị có cần bất kỳ thủ thuật đặc biệt nào ở trường không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG (Chỉ định của bác sĩ và Hợp Y Tế với Y Tá (**BẮT BUỘC**))

BỆNH HEN SUYỄN

Con của quý vị có bị bệnh hen suyễn không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Thuốc kê toa và phương pháp điều trị bệnh hen suyễn hiện tại: _____

Con quý vị có cần dùng thuốc ở trường để điều trị bệnh hen suyễn không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG ☐ KHÔNG ÁP DỤNG (Chỉ định của bác sĩ **BẮT BUỘC**)

DỊ ỨNG NGHIÊM TRỌNG (Đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp, mô tả tác nhân khởi phát và triệu chứng)

LOẠI DỊ ỨNG	TÁC NHÂN KHỞI PHÁT CỤ THỂ (nguyên nhân)	CÁC TRIỆU CHỨNG PHẢN ỨNG (cụ thể là nổi mề đay, khó thở, v.v.)
☐ Thực Phẩm		
☐ Thuốc		
☐ Côn Trùng Chích/Cắn		
☐ KHÁC		

Thuốc Kê Toa và phương pháp điều trị Dị Ứng Nghiêm Trọng hiện tại _____

Con quý vị có cần dùng thuốc ở trường để điều trị dị ứng nghiêm trọng không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG ☐ KHÔNG ÁP DỤNG (Chỉ định của bác sĩ **BẮT BUỘC**)

CHẾ ĐỘ ĂN ĐẶC BIỆT (mẫu Sửa Đổi Bữa Ăn của Các Trường Giáo Xứ Jefferson do bác sĩ hoàn thiện **BẮT BUỘC**)

Con quý vị có cần chế độ ăn được sửa đổi không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG ☐ KHÔNG ÁP DỤNG

Vui lòng mô tả những sửa đổi bắt buộc: _____

Tôi theo đây xác nhận rằng thông tin này sẽ được y tá trường học xem xét và được liệt kê trong Hồ Sơ Y Tế JCampus của con tôi. Tôi hiểu rằng dữ liệu này có thể được sử dụng để xây dựng kế hoạch chăm sóc cho con tôi. Tôi cũng cho phép thông tin y tế được chia sẻ với các nhân viên khác của Các Trường Giáo Xứ Jefferson khi cần thiết để đảm bảo an toàn cho con tôi khi ở trường.

Chữ Ký Phụ Huynh _____ Ngày _____

Ban Dịch Vụ Y Tế
East Bank - 822 South Clearview Pkwy. Điện Thoại: (504) 736-7386
West Bank - 501 Manhattan Blvd. Điện thoại: (504) 349-7673
Email: health@jpschools.org