

Lịch Sử Y Tế Của Sinh Viên



Tên học sinh: _____ Trường: _____

Hoàn thành danh sách kiểm tra sau đây bằng cách chỉ ra bất kỳ điều kiện nào của học sinh sau đây.

☐ Đứa trẻ này không có nhu cầu về sức khỏe.

Dị ứng

☐	Môi trường	Xin liệt kê:
☐	Đồ ăn	Xin liệt kê:
☐	Côn trùng/Ong	Xin liệt kê:
☐	thuốc	Xin liệt kê:
☐	Khác	Xin liệt kê:

Tình trạng sức khỏe

☐ THÊM/ADHD	☐ Rối loạn xương/khớp/cơ	☐ Chứng đau nửa đầu/Nhức đầu
☐ Thiếu máu	☐ Tim mạch	☐ Rối loạn ám ảnh cưỡng chế
☐ lo lắng	☐ Co giật / Động kinh	☐ Rối loạn thách thức chống đối
☐ viêm khớp	☐ Trầm cảm	☐ Trào ngược (dạ dày thực quản)
☐ Suyễn nhẹ ☐ Hen suyễn Trung bình ☐ Suyễn nặng	☐ Bệnh tiểu đường	☐ Động kinh
☐ Tự kỷ/Aspergers	☐ Các vấn đề về tiêu hóa/ruột	☐ Rối loạn da
W. Hai cực	☐ Hội chứng Down	☐ Bệnh tuyến giáp
☐ Rối loạn bàng quang/thận	☐ Rối loạn ăn uống	☐ Tourette (Tics)
☐ Rối loạn chảy máu/đông máu	☐ Hạ đường huyết	☐ Chấn Thương sọ não

Loại thuốc hiện tại

Vui lòng cung cấp thông tin trong hộp

Với #1:	liều lượng:	Tình trạng:
Với #2:	liều lượng:	Tình trạng:
Với #3:	liều lượng:	Tình trạng:

Tầm nhìn

Thính giác

☐	Kính/Danh bạ	☐	Trợ thính
--------------------------	--------------	--------------------------	-----------

☐	Mối quan tâm về tầm nhìn	☐	Các vấn đề về thính giác
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Thông tin nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong hồ sơ
trong hộp

Vui lòng cung cấp thông tin

Bác sĩ	
Bệnh viện	

☐	Tôi xác nhận rằng các thông tin trên liên quan đến sức khỏe của con tôi là hiện tại	Chữ ký: Ngày:
--------------------------	---	----------------------

Cho biết (các) loại thuốc mà con bạn có thể nhận được:

- ☐ Acetaminophen
- ☐ Ibuprofen
- ☐ Benadryl

Tôi cho phép con tôi nhận ACETAMINOPHEN, IBUPROFEN, và/hoặc BENADRYL (như đã chỉ định) khi thấy cần thiết và được Y tá đã Đăng ký/Trường học ủy quyền. Liều lượng sẽ được tính toán dựa trên cân nặng hiện tại của con tôi. Tôi hiểu rằng một từ tương đương chung có thể được sử dụng. Tôi hiểu rằng các loại thuốc mà tôi đã kiểm tra ở trên sẽ được Y tá đã Đăng ký/Trường học quản lý.

(Ngày)

(Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ)

Đồng ý đối xử với những người phụ thuộc vị thành niên

Họ và tên của học sinh: _____ Lớp: _____

Phụ huynh / người giám hộ Tên: _____

Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

Điện thoại Doanh nghiệp: _____ Điện thoại Khẩn cấp: _____

Nếu không thể liên hệ với bên chịu trách nhiệm về đứa trẻ phụ thuộc, _____
(Tên của học sinh)

Bạn được sự đồng ý của tôi để gọi _____ tại _____
(Tên bác sĩ) (Số điện thoại)

và/hoặc gửi tới _____ bằng xe cứu thương nếu tình hình cho phép.
(Tên bệnh viện)

Tôi cũng đồng ý cho bác sĩ và/hoặc bệnh viện ở trên chăm sóc đứa trẻ phụ thuộc theo quyết định của họ vì lợi ích tốt nhất của đứa trẻ.

(Ngày)

(Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ)