



МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ УЧЕНИКА

Учебный год 2026-27

Фамилия ученика _____ Имя _____

Пожалуйста, отметьте все, что подходит. Если у Вашего ребенка нет хронических заболеваний, перейдите к концу документа и подпишите. Вся информация, предоставленная в этой форме, будет предоставлена соответствующим сотрудникам школы на основе «необходимости знать», чтобы обеспечить здоровье и безопасность Вашего ребенка.

Дата рождения _____ Класс _____ Школа _____

ЗАБОЛЕВАНИЯ, УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ | Требуемые формы комнаты здоровья: www.lkstevens.wednet.edu/health-forms

RG ☐ ТЯЖЕЛАЯ астма (Смотрите ниже, если не серьезно)

EG ☐ ТЯЖЕЛАЯ аллергия (требуется EpiPen) Аллергия на: _____

EK ☐ Диабет 1-го типа (инсулинозависимость)

GE ☐ Дисфагия: _____

NP ☐ Приступы/судороги C_ ☐ Заболевания сердца: _____

BB ☐ Гемофилия _____

Закон штата требует, чтобы учащиеся с такими угрожающими жизни заболеваниями, как анафилаксия, астма, судороги, сердечная недостаточность, гемофилия или диабет, пришли на род. собрание со школьной медсестрой и был составлен план по уходу до первого дня занятий в школе.

Чтобы ваш ученик мог посещать школу, пожалуйста, свяжитесь с медсестрой здания после того, как все документы будут заполнены.

Другие заболевания

NB ☐ СДВГ, кем поставлен диагноз: _____

ED ☐ Аллергия - На еду: _____

EE ☐ Аллергия - На насекомых: _____

EM ☐ Аллергия - На лекарство: _____

EC ☐ Аллергия - Сезонная: _____

EB ☐ Аллергия - На животных: _____

PA ☐ Тревожность

RG ☐ Астма (не выраженная) в настоящее время лечится с помощью ингалятора

RH ☐ Прошлая история астмы больше не использует

NC ☐ ингалятор Расстройство аутистического спектра

B_ ☐ Заболевания крови: _____

GA ☐ Целиакия

NE ☐ Церебральный паралич

YA ☐ Хронические ушные инфекции

UB ☐ Хронические инфекции мочевых путей

NU ☐ Сотрясение мозга/черепно-мозговая травма

EJ ☐ Кистозный фиброз

PC ☐ Депрессия

NF ☐ Нарушение развития

EL ☐ Диабет 2-го типа

EN ☐ Расстройство пищевого поведения

GH ☐ ГЭРБ/кислотный рефлюкс

N_ ☐ Головные боли или ☐ мигрени

GK ☐ Расстройство кишечника или ☐ заболевание Крона

M_ ☐ Скелетно-мышечные нарушения:

RE ☐ Реактивная болезнь дыхательных путей Заболевание

EU ☐ щитовидной железы: _____

Другая мед. история(госпитализации, травмы, другие диагнозы/заболевания, которые не указаны):

Перечислите ВСЕ текущие лекарства (обведите те, которые будут приниматься в школе):

Обратите внимание: закон штата требует письменного разрешения от поставщика медицинских услуг и родителя, прежде чем какие-либо лекарства (по рецепту И без) можно приносить и/или принимать в школе. Формы доступны онлайн и в каждом школьном офисе.

Мой ребенок носит: ☐ очки YF ☐ Контактные линзы YF ☐ Слуховой аппарат YB ☐ Другое: _____

☐ **У моего ребенка НЕТ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ**

Если с родителем/опекуном или уполномоченным контактным лицом невозможно связаться во время чрезвычайной медицинской ситуации, и если по решению администрации школы требуется срочная помощь, я разрешаю и предписываю администрации школы направить учащегося в ближайшее и наиболее подходящее медицинское учреждение. Я понимаю, что буду нести полную ответственность за оплату любых оказанных услуг.

Дата _____

Подпись _____

Кем прихожусь ученику _____

Телефон _____