

**DỊCH VỤ Y TẾ ĐĂNG KÝ TRƯỚC CHO LỚP Pre – K - 12\_**

**Niên Khóa 2020-2021**

Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_  
Họ Tên Tên lót

Ngày Sinh : \_\_\_\_\_ Lớp : \_\_\_\_\_

- Con tôi đeo kính hoặc Kính áp tròng luận về nhu cầu của con quý vị.
- Kiểm tra ở đây nếu con **bẠN KHÔNG** có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào (*ký ở dưới cùng*)

Con bạn có bị đe dọa tính mạng không?  Có  Không

**Chăm sóc khẩn cấp:** Trong trường hợp bệnh nặng hoặc thương tích và không thể liên lạc được với cha mẹ / người giám hộ, tôi đồng ý cho con tôi được đưa đến bệnh viện, bằng xe cứu thương nếu cần thiết, để chăm sóc y tế. TUSD sẽ không chịu trách nhiệm cho bất kỳ chi phí nào không được bảo hiểm chi trả.

Phụ huynh / người giám hộ có trách nhiệm thông báo cho nhà trường về các mối quan tâm sức khỏe mới hoặc hiện có và cung cấp cho nhà trường bất kỳ loại thuốc hoặc thiết bị nào mà học sinh sẽ yêu cầu trong ngày học. Liên lạc với văn phòng y tế để có được các thủ tục chính xác. \* Các điều kiện đe dọa đến tính mạng như sốc phản vệ, hen suyễn, tiểu đường hoặc các tình trạng khác đòi hỏi phải có kế hoạch / kế hoạch chăm sóc sức khỏe cá nhân, toa thuốc và đào tạo nhân viên trước khi con bạn tham dự

- ị ỨNG** (\* nếu được kiểm tra, hãy liên hệ với nhân viên văn phòng y tế của trường)
- Thực Phẩm:  Ong /  côn trùng :  Thuốc:  Thuộc về môi trường:

Loại khác :

Mô tả các phản ứng dị ứng và điều trị: \_\_\_\_\_

Epinephrine tiêm theo quy định  Con tôi sẽ mang Epinephrine tiêm & đã được hướng dẫn sử dụng Epinephrine \*

**Bệnh suyễn** (\* nếu được kiểm tra, hãy liên hệ với nhân viên văn phòng y tế của trường)

Gây nên :  Thể Dục  Môi trường  Loại khác : \_\_\_\_\_

Thuốc hít theo quy định  Con tôi sẽ mang theo ống hít & đã được hướng dẫn sử dụng ống hít  Thuốc hít sẽ được giữ trong văn phòng y tế \*

Con tôi được chẩn đoán mắc bệnh hen suyễn nhưng không còn sử dụng ống hít - ngày của đợt hen cuối cùng: \_\_\_\_\_

**Bệnh Tiểu Đường** (\* nếu được kiểm tra, hãy liên hệ với nhân viên văn phòng y tế của trường)

\*Loại 1 (Dùng insulin)  Insulin bơm  Pen  Syringe  Loại 2  Kế hoạch cung cấp chăm sóc sức khỏe

**CẢM XÚC / HÀNH VI / TÂM LÝ / PHÁT TRIỂN**

ADD/ADHD  Hối Hợp  Buồn bực  Chẩn đoán khác (es): \_\_\_\_\_

Đang nhận sự điều trị  Có  Không

**Nghe / Nhìn** (Khác với Kính hoặc kính áp tròng )

Khiếm thính Chỉ định: \_\_\_\_\_  Suy giảm thị giác Chỉ định: \_\_\_\_\_

**NĂNG ĐỘNG / HOẠT ĐỘNG** \* nếu được kiểm tra, hãy liên hệ với nhân viên văn phòng y tế của trường

Con tôi sẽ cần giúp đỡ trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và / hoặc các thủ tục chăm sóc sức khỏe (\* liên hệ với nhân viên văn phòng y tế)

Hoạt động giới hạn (*chỉ định*): \_\_\_\_\_  Con tôi sử dụng một thiết bị trợ giúp (Chỉ

định): \_\_\_\_\_

**CO GIẬT** (\* nếu được kiểm tra, hãy liên hệ với nhân viên văn phòng y tế của trường ) *Loại co giật :*  Ngày bị cuối cùng :

Diastat hoặc thuốc khẩn cấp khác cần thiết cho co giật ở trường \*  Thuốc chống động kinh hàng ngày tại nhà

**CÁC VẤN ĐỀ Y TẾ KHÁC** ((nếu bạn kiểm tra bất kỳ điều kiện nào dưới đây, vui lòng giải thích trong phần bình luận và liên hệ với nhân viên văn phòng y tế của trường học của bạn)

Bại não  Điều kiện tim mạch  Chấn động (Ngày : \_\_\_\_\_ )  Vấn đề khác : \_\_\_\_\_

**THUỐC**

Thuốc tại trường \_\_\_\_\_

Nếu con bạn cần dùng thuốc ở trường, hãy liên hệ với nhân viên văn phòng y tế của trường. Yêu cầu giấy phép thuốc.

Thuốc uống tại nhà (Chỉ định): \_\_\_\_\_

**TRƯỜNG ĐƯỢC CUNG CẤP QUA THUỐC****Chỉ dành cho học sinh lớp 6 - 12:**

Đối với các việc nhỏ, tôi ủy quyền cho nhân viên văn phòng y tế (có thể là các cá nhân không có giấy phép như trợ lý y tế hoặc nhân viên văn phòng) để cung cấp

Có  Không - Acetaminophen <100lbs = 325mg, ≥100lbs = 650mg (Tylenol chung cho đau đầu, chuột rút kinh nguyệt hoặc khó chịu nhỏ khác)

Có  Không - Ibuprofen <100lbs = 200mg, ≥100lbs = 400mg (Advil chung cho đau đầu, chuột rút kinh nguyệt hoặc khó chịu nhỏ

khác)

**GIẤY PHÉP CHO CHƯƠNG TRÌNH XÚC FLO ĐỂ GIẢM BỊ HƯ RĂNG****Chỉ dành cho học sinh lớp 1 – 5**

Tôi muốn con tôi tham gia vào chương trình súc miệng fluoride của Bộ Dịch vụ Y tế Arizona. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự cho phép bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho văn phòng y tế trường học bằng văn bản.

Tôi KHÔNG MUỐN con tôi tham gia chương trình súc miệng bằng fluoride của Bộ Dịch vụ Y tế Arizona.

Tôi muốn biết thêm thông tin về các dịch vụ nha khoa có sẵn ở trường.  Xin liên lạc chúng tôi

[General Dentistry 4 Kids](https://www.gd4k.com/) <https://www.gd4k.com/>

**Bảo Hiểm**

Không  Có (Tên Bảo Hiểm  AHCCCS  TriCare )

Thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này sẽ thay thế và / hoặc cập nhật bất kỳ thông tin sức khỏe nào trước đây nhận được ngoại trừ Điều kiện sức khỏe đe dọa tính mạng (liên hệ với y tá về việc xóa thông tin này). Phụ huynh / người giám hộ có trách nhiệm thông báo cho văn phòng y tế về bất kỳ thay đổi nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của con họ.

Tên phụ huynh / người giám hộ (đã in): \_\_\_\_\_ Chữ ký của phụ huynh / người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_