

THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH

Năm tốt nghiệp: _____

Trường cuối cùng theo học: _____

Chi dành cho nhà trường

Ngày nhận: _____ Nhận bởi: _____

Bản gốc được trao cho Y tá trường học: _____

Tên hợp pháp của học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Khối: _____ Giáo viên: _____

Họ

Tên

Tên lót

Địa chỉ: _____ Mã bưu điện: _____

Số

Đường, phố

Thành phố

Viết hoa Tên Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp	Điện thoại nhà riêng/Nhắn tin	Điện thoại di động	Điện thoại cơ quan
Tên Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp:			
Tên Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp:			

Học sinh sống với: Cả cha và mẹ
 Chỉ cha Chỉ mẹ Một mình Người giám hộ hợp pháp Ông bà
 Cha/Mẹ kế Mẹ/Cha dượng Đại lý Cha dượng/Mẹ kế Khác: _____

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____ Điện thoại: _____

Bảo hiểm y tế:

 Phiếu giảm giá y tế Tư Quân đội Không có Khác: _____

BỆNH ĐE ĐỌA ĐẾN TÍNH MẠNG

RCW 28A.210.320 yêu cầu mọi trường công lập cấm đi học tại trường vì bất kỳ và tất cả các mục đích đối với bất kỳ học sinh nào có "Tình trạng đe dọa đến tính mạng", người không có thuốc hoặc lệnh điều trị và kế hoạch chăm sóc điều dưỡng trong hồ sơ tại trường. "Tình trạng đe dọa đến tính mạng" được định nghĩa là tình trạng sức khỏe sẽ khiến trẻ có nguy cơ tử vong trong ngày học nếu không có thuốc hoặc lệnh điều trị và kế hoạch chăm sóc điều dưỡng tại chỗ. Những học sinh không tuân thủ RCW 28A.210.320 bị cấm tham gia cho đến khi họ tuân thủ hoàn toàn. Bất kỳ phụ huynh/người giám hộ hợp pháp nào phản đối quyết định của trường có quyền đối với quy trình tố tụng trong Chính sách 3200 của Khu học chánh Olympia.

Con quý vị có bị dị ứng đe dọa đến tính mạng không? Có Không

dị ứng với: _____

Mô tả phản ứng: _____

Ngày có phản ứng gần nhất: _____

 Co giật: Loại _____ Tim: Mô tả _____ Tiểu đường: Loại _____Con quý vị có bị hen suyễn nặng không? Có KhôngNhập viện / Điều trị cấp cứu trong năm qua. Có Không

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE KHÁC

 Dị ứng - vui lòng liệt kê: _____

Phản ứng nhẹ: _____

 Hen suyễn: có ống hít không có ống hít

Mô tả: _____

 Tình trạng sức khỏe khác: _____

THUỐC

Nếu con quý vị cần dùng bất kỳ loại thuốc nào ở trường, vui lòng liên hệ với văn phòng để có mẫu giấy ủy quyền cần thiết. Mẫu này phải được hoàn thành trước khi được mang bất kỳ loại thuốc nào đến trường.

Thuốc:

Hiện đang dùng _____ Dùng ở:

1. _____ Trường Nhà2. _____ Trường Nhà3. _____ Trường Nhà

Nếu con quý vị bị ốm/bị thương ở trường, chúng tôi sẽ liên lạc với phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp nếu có thể và gọi 911, nếu thương tích hoặc bệnh tật cho phép điều đó.

Tôi đồng ý tiết lộ thông tin y tế liên quan đến con tôi, cho nhân viên nhà trường, khi cần, để đảm bảo an toàn cho con ở trường. Tôi hiểu rằng trách nhiệm của tôi là sắp xếp thanh toán cho việc chăm sóc y tế, nếu con tôi bị ốm/bị thương. Tôi đã đọc và hiểu rõ về biểu mẫu này.

Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp ký tên tại đây: _____ Ngày: _____