



Student Health and Emergency Information

(Thông Tin Y Tế và Cấp Cứu của Học Sinh)

2019-2020

Sơ Yếu Lý Lịch Học Sinh

Tên Học Sinh _____

Họ _____ Tên _____ Chữ Lót _____

Ngày Sinh ____/____/____ Tháng Ngày Năm _____

Phái Tính Nam Nữ

Lớp _____ Số ID Học Sinh _____

Ngôn Ngữ Nói Anh Spanish Khác _____

Chi Tiết Y Tế Học Sinh

Thưa Phụ Huynh/Giám Hộ: Những chi tiết đòi hỏi trong mẫu này là cần để duy trì hồ sơ sức khỏe chính xác của con em quý vị. Những chi tiết này là mật và chỉ có thể được chia sẻ với nhân viên thiết yếu của trường nếu rất cần thiết.

Tiền Sử Y Tế – Xin đánh dấu những ô đúng

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Bệnh Di Truyền | <input type="checkbox"/> Bệnh Thận/Bọng Đái |
| <input type="checkbox"/> Suyễn | <input type="checkbox"/> Thính Lực kém | <input type="checkbox"/> Nhức Nửa Đầu |
| <input type="checkbox"/> Ung Thư | <input type="checkbox"/> Bệnh Tim | <input type="checkbox"/> Co Giật |
| <input type="checkbox"/> Tiểu Đường: Loại I hay II | <input type="checkbox"/> Huyết Áp Cao | <input type="checkbox"/> Mắt Kém/Đeo Kính |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn cảm xúc | <input type="checkbox"/> Huyết Áp Thấp | <input type="checkbox"/> Bệnh Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Bệnh Đường Tiêu Hóa | <input type="checkbox"/> Nhập Viện | |

Xin giải thích những vấn đề về sức khỏe của đứa trẻ: _____

Dị Ứng

Xin liệt kê dị ứng với: thuốc, côn trùng chích, đồ ăn, thứ khác

Con tôi dị ứng với:	Phản ứng của trẻ khi dị ứng:	Chữa trị/Thuốc

- Đứa trẻ có được kê toa Epi Pen không? Có/Không
- Nếu có, xin mang tới trường và điền Allergy Action Plan (cần chữ ký của bác sĩ)
- Nếu đứa trẻ dị ứng với thức ăn, xin trả lời Câu Hỏi Về Dị Ứng (Allergy Questionnaire) và Yêu Cầu Ăn Kiêng (Special Meals Request).

Thuốc

Xin ghi rõ những thuốc đứa trẻ đang dùng. Nếu thuốc được dùng tại trường, xin điền mẫu dùng thuốc của học khu (the district medication forms).

Thuốc hàng ngày _____

Thuốc khi cần _____

TÊN BÁC SĨ _____ SỐ PHÔN _____

Các Chi Tiết Cần Khi Khẩn Cấp

Khi bị tai nạn hay bệnh bất ngờ, những chi tiết sau sẽ cần đến.

Phụ Huynh/Bảo Hộ: _____ Liên Hệ: _____

Số Phôn Chính _____ Số Phôn Phụ: _____

Học Sinh sống với phụ huynh/giám hộ Có Không

Phụ Huynh/Bảo Hộ: _____ Liên Hệ: _____

Số Phôn Chính _____ Số Phôn Phụ: _____

Học Sinh sống với phụ huynh/giám hộ Có Không

Học sinh này có Bảo hiểm tư Medicaid Khác _____
 CHIP Không bảo hiểm

Ủy Quyền Điều Trị Ở Trường

Các phương pháp điều trị được thực hiện trong ngày học đòi hỏi phải có lệnh của bác sĩ và sự đồng ý của phụ huynh bằng văn bản. Phương thức y tế học đường có chữ ký của Bác sĩ, cho phép điều trị sơ cứu bởi y tá trong trường. Điều trị này có thể bao gồm các loại thuốc không kê đơn áp dụng tại chỗ.

Ngoài ra, thuốc uống có thể được cung cấp bởi yêu cầu của người đại diện, với sự cho phép của phụ huynh, trong các tình huống hạn chế. Phụ huynh sẽ được gọi để có chấp thuận trước khi dùng bất kỳ loại thuốc uống nào cho con quý vị.

___ CÓ, tôi ủy quyền cho nhân viên trường được đào tạo để điều trị sơ cứu cho con tôi.

___ KHÔNG, tôi không ủy quyền cho nhân viên nhà trường điều trị con tôi.

Tôi hiểu rằng bằng cách nói KHÔNG, con tôi sẽ không được sơ cứu như bông băng và nước đá.

X _____ Ngày _____

Phụ Huynh/Bảo Hộ ký tên

Tôi, ký tên dưới đây, ủy quyền cho Học Khu Pflugerville liên lạc trực tiếp với những người có tên trong mẫu này, và ủy quyền việc điều trị cần thiết trong trường hợp khẩn cấp, để sao có lợi nhất của đứa trẻ.

Trong tình trạng nghiêm trọng đến sức khỏe, tai nạn hoặc bệnh tật, y tá trường hoặc nhân viên có thẩm quyền của trường có thể quyết định dùng đến Emergency Medical Services (EMS).

Mọi nỗ lực để liên lạc phụ huynh/bảo hộ sẽ được vận dụng, học sinh có thể được đưa đến cơ quan y tế gần nhất để trị liệu trước khi phụ huynh hoặc giám hộ đến.

Ký tên vào mẫu này, tôi hiểu rằng Học Khu Pflugerville không có trách nhiệm tài chính với việc chữa trị khẩn cấp và di chuyển học sinh này và tôi ủy nhiệm viên chức Học Khu Pflugerville ký giấy đồng ý trị liệu khẩn cấp nếu không liên lạc được với tôi.

X _____ Ngày _____

Phụ Huynh/Bảo Hộ Ký tên