



SEATTLE
PUBLIC
SCHOOLS

KHÔNG VIẾT TRÊN KHUNG NÀY – FOR ENROLLMENT OFFICE USE ONLY
STUDENT ID# _____ SY/SCHOOL# _____ / _____

Vietnamese

THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE HỌC SINH

Thông tin trên mẫu đơn này phải được cập nhật cho mỗi năm học. Xin vui lòng điền cả hai mặt và gửi lại cho y tá của trường càng sớm càng tốt

Tên: _____ ngày sinh: _____ giới tính: nam / nữ
Họ Tên chữ lót tắt (khoanh tròn)

Trường: _____ Lớp: _____ Ngày: _____

KẾ HOẠCH CHO VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT

Nếu có ô về sức khỏe đặc biệt được đánh dấu, thì gửi đơn đến Health Services (MS 31-650 hoặc gọi 206-252-0750)

Bệnh tiểu đường – Ngày chuẩn đoán: _____ Con tôi có: insulin pump insulin pen injected insulin

Giật kinh phong – Con tôi cần thuốc ngay lập tức khi bị giật. Tên của thuốc: _____

Kế hoạch chăm sóc sức khỏe đặc biệt – Con tôi cần có sự chăm sóc đặc biệt như xe lăn, ống truyền thức ăn, ống hô hấp, ống thông, ống tiêm tĩnh mạch hoặc các ống khác. Xin mô tả tình trạng: _____

Con tôi KHÔNG CÓ các bệnh tình trên.

CÁC BỆNH TÌNH NGUY HIỂM TÍNH MẠNG

Nếu có ô về NGUY HIỂM TÍNH MẠNG được đánh dấu, thì gửi đơn đến trường

Bệnh Suyễn *nặng - (nếu có bệnh suyễn, xin hãy trả lời các câu hỏi sau):

Có Không con quý vị có sử dụng ống hít cứu hộ thường xuyên không?

Có Không con quý vị có nhập viện vì suyễn trong một năm nay không?

Có Không Con quý vị có sử dụng Steroids (prednisone) vì suyễn trong năm qua không?

(nếu là bệnh suyễn nhẹ, hãy xem ô “Lịch sử Bệnh lý – Không đe dọa tính mạng”)

Dị ứng/Sốc - *Nặng, với toa Epi Pen/ Auvi-Q (ví dụ như: đồ ăn, côn trùng)

Chất gây dị ứng: _____

Bệnh khác: _____

Con tôi KHÔNG CÓ các bệnh tình trên.

LƯU Ý CHO PHỤ HUYNH: trường **phải** biết về **bệnh tình NGUY HIỂM TÍNH MẠNG** (Ví dụ như dị ứng nghiêm trọng với sốc, tiểu đường, hen suyễn) **trước khi vào học**, vì theo yêu cầu của Individualized Health Plan (theo luật RCW 28A.210.320). Liên lạc y tá hoặc phòng y tế của trường để tạo một kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho học sinh.

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

Đánh dấu tất cả những gì con quý vị có hoặc đã có:

ADD/ADHD

Blood Disorder

Depression/Anxiety

tim mạch

chấn thương nặng

dị ứng nhẹ hoặc vừa (khoanh một)

ruột/thận

răng miệng

chỉnh hình/xương

thị giác

suyễn nhẹ hoặc vừa (khoanh một)

ung thư

thính giác

tình cảm/hành vi

khác

Nêu quý vị đánh dấu ở trên, xin giải thích thêm: _____

Học sinh đã từng phải đi cấp cứu hoặc nhập viện vì bệnh trên? CÓ/KHÔNG (khoanh tròn) nếu có, ngày nào: _____

Con tôi KHÔNG CÓ các bệnh tình trên.

XIN XEM TIẾP MẶT SAU

THUỐC MEN

Liệt kê danh sách thuốc học sinh phải uống:|

tên thuốc: _____ cho bệnh _____ ở nhà ở trường
 tên thuốc: _____ cho bệnh _____ ở nhà ở trường
 tên thuốc: _____ cho bệnh _____ ở nhà ở trường

Học sinh cần uống thuốc trong ngày học (thảo dược, thuốc trên quầy, thuốc theo toa) PHẢI có giấy của nơi cung cấp và giấy đồng ý của phụ huynh và cơ quan y tế phải có trong hồ sơ. Xin liên lạc trường để có các mẫu đơn THUỐC Ở TRƯỜNG và MUTUAL EXCHANGE.

CHIA SẺ THÔNG TIN VỀ Y TẾ

Để cung cấp một môi trường an toàn và lành mạnh cho con quý vị, y tá của trường cần phải chia sẻ thông tin về tình trạng sức khỏe của học sinh với giáo viên và các nhân viên liên quan. Nếu quý vị có thắc mắc, xin liên lạc y tá và phòng y tế của trường.

THÔNG TIN LIÊN LẠC

Xin vui lòng cung cấp số điện thoại hiện tại, đồng thời cập nhật nếu có thay đổi.

Cơ sở y tế của quý vị: _____ điện thoại: _____

Tên của nha sĩ: _____ điện thoại: _____

	1. Phụ huynh/người giám hộ	2. Phụ huynh/người giám hộ
Họ tên:		
Số điện thoại nhà:		
Điện thoại di động:		
Điện thoại sở làm:		
Email:		
Thông tin khác:		

 Họ tên học sinh

 Họ tên của quý vị (viết hoa)

 Quan hệ với học sinh

 Chữ ký

 Ngày ký

Nurse Review Date/Initial: _____