



పూర్తి చేసిన పత్రాన్ని ఇక్కడ ఇవ్వండి:
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

పాఠశాల ఆరోగ్య ప్రణాళిక

ఉబ్బసం

దయచేసి చక్కగా ప్రింట్ చేయండి.

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవద్దు

0770620686

భాగం A తల్లితండ్రు/సంరక్షకుడు: అంశాలు 1-11 పూర్తి చేయండి

1) విద్యార్థి పడి # 	2) విద్యార్థి చివరి పేరు 	3) విద్యార్థి మొదటి పేరు 	4) పుట్టిన తేదీ
5) పాఠశాల 	6) గ్రేడ్ 		
తల్లితండ్రు/సంరక్షకుని పేరు మరియు సంప్రదించవలసిన సమాచారం			
7) పేరు 	8) ఫోన్ నంబర్ () -	9) మెయిలింగ్ చిరునామా, పట్టణం, రాష్ట్రం, జిప్ 	
10) అత్యవసర సంప్రదింపు సమాచారం			
() -			

11) తల్లితండ్రు/సంరక్షకునికి గమనిక: ఈ పత్రం పై సంతకం చేయడం వలన జెఫర్సన్ కౌంటీ బోర్డ్ ఆఫ్ ఎడ్యుకేషన్ మరియు దాని ఉద్యోగులు ఈ కార్యాచరణ ప్రణాళిక వలన సంభవించే ఏ రకమైన బాధ్యతల స్వభావం నుండి విడుదల చేయబడతారు. ఈ పత్రం పాఠశాల లేదా దాని ఉద్యోగుల బాధ్యతలను తమ స్వంత నిర్ణయం నుండి విడుదల చేయదు. ఇంకా, ఈ సమాచారానికి సంబంధించి JCPS సిబ్బందితో ఈ సమాచారం ధృవీకరించడానికి ఈ పత్రాన్ని పూర్తి చేయడానికి మరియు సంతకం చేయడానికి నేను ఆరోగ్య సంరక్షణని అందచేసి వ్యక్తికి నా అనుమతి ఇస్తున్నాను. శిక్షణ పొందిన, లైసెన్స్ లేని JCPS సిబ్బంది ద్వారా మందులు మరియు చికిత్సలు ఇవ్వబడే అవకాశం ఉందని నేను గుర్తించాను. పాఠశాల స్నాన్సర్ చేసిన క్షేత్ర పర్యటనకు హాజరవడానికి నేను నా బిడ్డకు అధికారం ఇచ్చినప్పుడు లైసెన్స్ కలిగిన వలంటీరు ద్వారా ఈ మందులు మరియు / లేదా ఆరోగ్య సేవలు ఇవ్వబడతాయని నేను గుర్తించాను మరియు అంగీకరించాను.

తల్లితండ్రులు దయచేసి గమనించండి: పాఠశాలలో ఇవ్వవలసిన మందులు కోసం పాఠశాలలో ప్రెస్క్రిప్షన్ ధృవీకరణ పత్రం తప్పనిసరిగా రికార్డ్ లో ఉండాలి

తల్లితండ్రు/సంరక్షకుని సంతకం

టెలిఫోన్ నంబర్

తేదీ

☒ X

() -

భాగం B ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి: అంశాలు 12-17 పూర్తి చేయండి

12) ఈ బిడ్డకి ఉబ్బసం ఉందా? ☐ అవును ☐ కాదు	ఇతర వ్యాధి నిర్ధారణ: _____
13) ఈ బిడ్డ ఉబ్బసానికి ఏవి కారణమవుతాయి? ☐ పుష్పిడిలు ☐ దుమ్ము ☐ జంతువులు ☐ వ్యాయామం ☐ ఆహారాలు ☐ అనారోగ్యం ☐ ఇతరులు: _____	
14) ఉబ్బసం లక్షణాల్లో ఇవి భాగంగా ఉండవచ్చు: ☐ దగ్గు ☐ పిల్లి కూతలు ☐ శ్వాస తీసుకోవడంలో సమస్య ☐ ఈ బిడ్డ కోసం దయచేసి ఏవైనా ఇతర నిర్దేశిత లక్షణాల జాబితా పేర్కొనండి: _____	
15) పాఠశాలలో ఉబ్బసం మందులు: ☐ అవును ☐ కాదు	
16) ఈ విద్యార్థి తమ స్వంత ఇన్ హేలర్ ని తీసుకువెళ్ళడానికి మరియు తమ స్వంతంగా ఉపయోగించడానికి ఈ విద్యార్థి శిక్షణ పొందాడా మరియు సమర్థవంతంగా? ☐ అవును ☐ కాదు	
17) ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సమాచారం పత్రాన్ని తప్పనిసరిగా ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మరియు తల్లితండ్రు/సంరక్షకులు సంతకం చేయాలి	
ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సంతకం ☒ X	తేదీ
ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి ముద్రించిన పేరు 	వైద్య అధికారి స్టాంప్ (ప్రక్రియ చేయడానికి కావాలి)