



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

**పాఠశాల ఆరోగ్య ప్రణాళిక**  
**ఉబ్బసం**

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవద్దు

0770620686

\*\*\*దయచేసి చక్కగా ప్రింట్ చేయండి.\*\*\*

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

1) విద్యార్థి పడి #	2) విద్యార్థి చివరి పేరు	3) విద్యార్థి మొదటి పేరు	4) పుట్టిన తేదీ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) పాఠశాల	6) గ్రేడ్		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**తల్లితండ్రు/సంరక్షకుని పేరు మరియు సంప్రదించవలసిన సమాచారం**

7) పేరు	8) ఫోన్ నంబర్	9) మెయిలింగ్ చిరునామా, పట్టణం, రాష్ట్రం, జిప్
<input type="text"/>	( ) -	<input type="text"/>
10) అత్యవసర సంప్రదింపు సమాచారం	( ) -	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

11) తల్లితండ్రు/సంరక్షకునికి గమనిక: ఈ పత్రం పై సంతకం చేయడం వలన జెఫర్సన్ కౌంటీ బోర్డ్ ఆఫ్ ఎడ్యుకేషన్ మరియు దాని ఉద్యోగులు ఈ కార్యదరణ ప్రణాళిక వలన సంభవించే ఏ రకమైన బాధ్యతల స్వభావం నుండైనా 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 సంరక్షణ అందచేసే 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
<input checked="" type="text"/>	( ) -	<input type="text"/>

**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?  
 పుప్పొడిలు  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 పేర్కొండి: \_\_\_\_\_

15) పాఠశాలలో ఉబ్బసం మందులు:  అవును  కాదు

16) ఈ విద్యార్థి తమ స్వంత ఇన్ హేల్స్ ని తీసుకువెళ్లడానికి 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	తేదీ	వైద్య అధికారి స్టాంప్ (ప్రక్రియ చేయడానికి కావాలి)
<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి ముద్రించిన పేరు		
<input type="text"/>		