



बाट यसमा पुरा गरेको फारम फिर्ता गर्नुहोस्:
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

स्कूल स्वास्थ्य योजना

G-ट्यूब

कृपया सफासंग प्रिन्ट गर्नुहोस्!

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस्

1743613151

भाग A अभिभावक / संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरु 1 - 11

1) विद्यार्थी आईडी #	2) विद्यार्थीको अन्तिम नाम	3) विद्यार्थीको पहिलो नाम	4) जन्म मिति
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) स्कूल	6) ग्रेड
<input type="text"/>	<input type="text"/>

अभिभावक / संरक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी

7) नाम	8) फोन नम्बर	9) पत्राचार ठेगाना, शहर, राज्य, ज़िप
<input type="text"/>	() -	<input type="text"/>

10) आपतकालीन सम्पर्क	() -
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11) **अभिभावक / संरक्षकलाई नोट:** यो फारममा हस्ताक्षर गर्दा जेफर्सन काउन्टी बोर्ड अफ एजुकेशन र यसका कर्मचारीहरूलाई कुनै पनि प्रकृतिको दायित्वबाट मुक्त गर्नेछ जुन यस कार्य योजनाको परिणाम स्वरूप हुन सक्छ। यस फारमले स्कूल वा यसका कर्मचारीहरू स्वयमः को लापरबाहीको दायित्व हटाउने छैन। साथै, म यस स्वास्थ्य शर्तको बारेमा JCPS कर्मचारीसँग जानकारी आदान प्रदान गर्न स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई यो फारम पुरा गर्न र हस्ताक्षर गर्न अनुमति दिन्छु। म निश्चित गर्दछु र स्वीकार गर्दछु, जब म मेरो बच्चालाई स्कूल प्रायोजित क्षेत्र भ्रमणमा भाग लिन अनुमति गर्दछु, यी औषधीहरू र / वा स्वास्थ्य सेवाहरू पनि इजाजतपत्र प्राप्त स्वयम सेवकद्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ।

अभिभावक कृपया ध्यान दिनुहोस्: स्कूलमा औषधी दिनको लागि प्रिस्क्रिप्शन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ

अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर

टेलिफोन नम्बर

मिति

X	() -	<input type="text"/>
---	-------	----------------------

भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरु 12 - 24

12) लेटेक्स एलर्जी / संवेदनशीलता: हो होईन

13) बिद्यार्थीको निदान:

14) खुवाउने ट्युबको प्रकार
 NG ट्युब NJ ट्युब G ट्युब J ट्युब GJ ट्युब अन्य: _____

15) के बच्चालाई मुखबाट कुनै खाना / पिउन अनुमति छ? हो होईन

16) सूत्रको नाम: _____ भोल्युम दिइनु पर्छ: _____ml
 **खुवाउने सूत्र सूचीबद्ध सामग्री सहित लेबल भएको कन्टेनरमा स्कूल पठाइनु पर्छ

17) पम्प प्रयोग गर्नको लागि: हो होईन

18) गुरुत्वाकर्षण: हो होईन

19) खुवाउने समय (हरु): _____

20) पानीको अतिरिक्त मात्रा: _____ ml पानीको समयहरु: _____

21) तातो पानीको बखत बाहिरी क्षेत्र यात्राको लागि थप पानी व्यवस्थापन गर्न सकिन्छ:
 हो रकम: _____ ml होईन

22) यदि खुवाउने ट्युब हटाईयो भने, के तालिम प्राप्त नर्सले यसलाई पुनर्स्थापना गर्न सक्नेछिन? हो होईन

23) थप स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको टिप्पणीहरु:

24) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक जानकारी फारम अनिवार्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र अभिभावक / संरक्षकद्वारा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको हस्ताक्षर

मिति

चिकित्सा कार्यालयको छाप (प्रशोधनको लागि आवश्यक)

X	<input type="text"/>
---	----------------------

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको मुद्रित नाम

<input type="text"/>
