



Gửi mẫu đơn đã hoàn chỉnh về:  
 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**  
**CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ HỌC ĐƯỜNG**  
**Ông G**

Năm học:

**KHÔNG VIẾT TRONG KHU VỰC NÀY**

1743613151

\*\*\*Hãy viết in hoa rõ ràng.\*\*\*

**PHẦN A** **Bố mẹ/Người giám hộ: Hoàn thành Mục 1 - 11**

1) ID học sinh	2) Họ của học sinh	3) Tên của học sinh	4) Ngày sinh
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Trường học	6) Lớp
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Thông tin Liên lạc và Tên Phụ huynh/Người giám hộ

7) Tên	8) Số điện thoại	9) Địa chỉ thư, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng
<input type="text"/>	( ) -	<input type="text"/>

10) Liên hệ Khẩn cấp
<input type="text"/> ( ) -

11) **Chú ý cho bố mẹ/người giám hộ:** Ký tên vào mẫu đơn này sẽ miễn trừ mọi trách nhiệm có khả năng phát sinh từ kế hoạch hành động này cho Hội đồng Giáo dục Quận Jefferson và các nhân viên của họ. Mẫu đơn này không loại trừ trách nhiệm của trường học hoặc nhân viên của trường học do sai sót riêng của họ. Đồng thời, sau đây tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ y tế hoàn thành và ký tên vào mẫu đơn này để trao đổi thông tin với nhân viên JCPS về tình trạng sức khỏe này. Tôi hiểu và đồng ý rằng khi tôi cho phép con mình tham gia chuyến đi trải nghiệm thực tế do trường tài trợ, tình nguyện viên được cấp phép cũng có thể cung cấp các loại thuốc và/hoặc dịch vụ y tế này cho con tôi.

**Bố mẹ xin vui lòng lưu ý: Mẫu đơn cho phép sử dụng thuốc kê đơn phải được nộp cho trường đối với những loại thuốc sẽ được sử dụng ở trường**

Chữ ký của <b>BỐ MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ</b>	<b>SỐ ĐIỆN THOẠI</b>	<b>NGÀY</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	( ) -	<input type="text"/>

**PHẦN B** **CHỈ ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ: Hoàn thành Mục 12 – 24**

12) **MÃN CẢM/DỊ ỨNG CAO SU:**  CÓ  KHÔNG

13) **Chẩn đoán của Học sinh:**

14) **Loại Ống nuôi**  
 Ông NG  Ông NJ  Ông G  Ông J  Ông GJ  Khác: \_\_\_\_\_

15) **Trẻ có được phép ăn/uống bằng miệng không?**  CÓ  KHÔNG

16) Tên Sữa công thức: \_\_\_\_\_ Thể tích được cho phép: \_\_\_\_\_ ml  
 \*\*Sữa công thức phải được gửi đến trường trong hộp có dán nhãn và thành phần đầy đủ

17) **Bơm được sử dụng:**  CÓ  KHÔNG

18) **Lọc hút:**  CÓ  KHÔNG

19) Số lần cho ăn: \_\_\_\_\_

20) Thể tích nước bổ sung: \_\_\_\_\_ ml Số lần cho uống: \_\_\_\_\_

21) **Có thể bổ sung thêm nước cho các chuyến dã ngoại ngoài trời trong thời tiết ấm:**  
 CÓ Số lượng: \_\_\_\_\_ ml  KHÔNG

22) **Nếu Ống nuôi bị bong, Y tá đã được đào tạo có thể thay ống không?**  CÓ  KHÔNG

23) **Nhận xét khác của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

24) **Thông tin của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế** Mẫu đơn phải có chữ ký của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế và Bố mẹ/Người giám hộ

Chữ ký của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế	Ngày	Con dấu của Văn phòng Y tế (bắt buộc để xử lý)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Tên viết in của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế		
<input type="text"/>		