



Rudisha fomu iliyokamilishwa kwa:  
 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

## MPANGO WA AFYA YA SHULE

### MIZIO ISIYO YA CHAKULA

\*\*\*Tafadhali chapisha kwa makini.\*\*\*

Mwaka wa Shule:

USIANDIKE KATIKA SEHEMU HII

7906315012

#### SEHEMU A Mzazi / Mlezi: Kamilisha Vitu 1 - 11

1) # ya Mwanafunzi ya Utambulisho	2) Jina la Mwisho la Mwanafunzi	3) Jina la Kwanza la Mwanafunzi	4) Tarehe ya Kuzaliwa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Shule	6) Daraja
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Jina na Habari ya Mawasiliano ya Mzazi/Mlezi

7) Jina	8) Nambari ya Simu	9) Anwani ya Kutuma Barua, Jiji, Nchi, Msimbo
<input type="text"/>	( ) - <input type="text"/>	<input type="text"/>

10) Nambari ya Dharura
<input type="text"/> ( ) - <input type="text"/>

11) Dokezo kwa mzazi/mlezi: Kusahihi fomu hii kutawachilia Bodi ya Elimu ya Kaunti ya Jefferson na wafanyakazi wake kutokana na dhima ya aina yoyote unaoweza kutokana na hatua ya mpango huu. Fomu hii haitaondoa dhima ya shule au wafanyakazi wake kwa uzembe wao wenyewe. Pia, ninatoa idhini kwa mtoaji utunzaji wa afya kukamilisha na kusahihi fomu hii ili kubadilisha habari nawafanyakazi wa JCPS kuhusu hali hii ya afya. Ninathibitisha na kukubali wakati ninapoidhinisha mtoto wangu kuhudhuria safari ya uwanjani inayofadhiliwa na shule dawa hizi na / au huduma za afya pia zinaweza kutolewa na mjitolea mwenye leseni.

**Wazazi tafadhali kumbuka: Fomu ya idhini ya maagizo lazima iwe kwenye faili shuleni kwa dawa zitakazopewa shuleni**

Sahihi ya MZAZI/MLEZI

 

NAMBARI YA SIMU

 ( ) - 

TAREHE

#### SEHEMU B KUKAMILISHWA NA MTOAJI UTUNZAJI WA AFYA PEKE YAKE: Kamilisha Vitu 12 – 16

12) Tafadhali orodhesha mizio.

Matibabu: \_\_\_\_\_

Wadudu Wanaodunga: \_\_\_\_\_

Injine: \_\_\_\_\_

13) Dalili za athari za mzio zinaweza kujumuisha: Kujikuna / Uvimbe wa Midomo, Kinywa, Ulimi au Koo, Uvimbe / Upele, Kichefuchefu / Kutapika / Zingizi za Tumbo, Upungufu wa Hewa, Kukohoa kwa Uzito, Kukohoa, Kizunguzungu, UKukosa fahamu

Tafadhali orodhesha dalili zingine maalum kwa mtoto huyu: \_\_\_\_\_

14) Matibabu Shuleni:

EpiPen Jr.    EpiPen    Auvi-Q

\* EpiPen/Twinject/Auvi-Q kupewa katika mwanzo wa athari ya mzio na/au kuambukizwa kwa kisababishi mzio.

15) Je, mwanafunzi anaweza kubeba kifaa chake cha EpiPen/Auvi-Q na kutumia peke yake?

Ndio    La

16) Habari ya Mtoaji Huduma ya Afya Ni lazima fomu isahihiwe na Mtoaji Huduma ya Afya na mzazi/mlezi

Sahihi ya Mtoaji Huduma ya Afya

 

Tarehe

Stempu ya Afisi ya Matibabu (inahitajika kwa usindikaji)

Jina la Kuchapishwa la Mtoaji Huduma ya Afya