



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

ఆహారేతర అలెర్జీలు

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవడ్లు

7906315012

దయచేసి చక్కగా ప్రింట్ చేయండి.

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

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

తల్లితండ్రి / సంరక్షకుని పేరు & సంప్రదించవలసిన సమాచారం

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

11) తల్లితండ్రి / 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 నుండినా విడుదల చేయబడతారు. ఈ పత్రం పాఠశాల లేదా దాని ఉద్యోగుల బాధ్యతలను తమ స్వంత నిర్ణయాల నుండి విడుదల చేయదు. ఇంకా, ఈ ఆరోగ్య పరిస్థితికి సంబంధించి JCPS సిబ్బందితో సమాచారం వినిమయం చేయడానికి ఈ పత్రం పూర్తి చేయడానికి మరియు సంతకం చేయడానికి నేను ఆరోగ్య సంరక్షణని అందచేసి వారికి అనుమతి ఇస్తున్నాను. పాఠశాల స్పాన్సర్ చేసిన క్షేత్ర పర్యటనకు నా బిడ్డ హాజరవడానికి అధికారం ఇచ్చినప్పుడు ఈ మందులు మరియు / లేదా ఆరోగ్య సేవలను లైసెన్స్ పొందిన వలంటీర్ కూడా అందించవచ్చని నేను గుర్తించి, అంగీకరించాను.

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

| | | |
|---|--|------------------------------|
| తల్లితండ్రి / సంరక్షకుని సంతకం <input checked="" type="text"/> | టెలిఫోన్ నంబర్ () - <input type="text"/> | తేదీ <input type="text"/> |
|---|--|------------------------------|

భాగం B ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి: అంశాలు 12 - 16 పూర్తి చేయండి

12) దయచేసి అలెర్జీల జాబితా పేర్కొనండి.

మందులు: _____

కుట్టే కీటకాలు: _____

ఇతరులు: _____

13) అలెర్జీ ప్రతిచర్య లక్షణాల్లో ఇవి భాగంగా ఉండవచ్చు:
 దురద / పెదవులు, నోరు, నాలుక లేదా గొంతు వాపు, ఊపిరి / దద్దుర్లు, వికారం / వాంతులు / కడుపులో ఉద్బులు, ఊపిరి అందకపోవడం, పిల్లి కూతలు, దగ్గు, తల తిరగడం, స్పృహ కోల్పోవడం

ఈ బిడ్డ కోసం దయచేసి ఏవైనా ఇతర నిర్దేశిత లక్షణాల జాబితా పేర్కొనండి: _____

14) పాఠశాలలో మందులు:

Epipen Jr. Epipen Auvi-Q

* Epipen / Twinject / Auvi-Qలని అలెర్జీ ప్రతిచర్య ఆరంభమైనప్పుడు మరియు / లేదా అలెర్జీ ప్రేరణకు గురైనప్పుడు ఇవ్వాలి.

15) విద్యార్థి తమ సొంత EpiPen / Auvi-Q డివైజ్ తమ వెంట తీసుకువెళ్లవచ్చా మరియు వాటిని తమ స్వంతంగా ఉపయోగించవచ్చా?

అవును కాదు

16) ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సమాచారం పత్రాన్ని తప్పనిసరిగా ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మరియు తల్లితండ్రి / సంరక్షకులు సంతకం చేయాలి

| | | |
|--|------------------------------|---|
| ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సంతకం <input checked="" type="text"/> | తేదీ <input type="text"/> | వైద్య అధికారి స్టాంప్ (ప్రక్రియ చేయడానికి కావాలి) <input type="text"/> |
| ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి ముద్రించిన పేరు <input type="text"/> | | |