



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
DỊ ỨNG KHÔNG PHẢI DO THỰC PHẨM

Năm học:

**KHÔNG VIẾT TRONG
 KHU VỰC NÀY**

7906315012

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

PHẦN B **CHỈ ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ: Hoàn thành Mục 12 – 16**

12) Hãy liệt kê các dị ứng.

Thuốc: _____

Vết đốt côn trùng: _____

Khác: _____

13) Các triệu chứng phản ứng dị ứng có thể bao gồm:
 Ngứa / Sưng môi, Miệng, Lưỡi hoặc Họng, Nổi mề đay / Phát ban, Buồn nôn / Nôn mửa / Co thắt dạ dày, Khó thở, Thở khò khè, Ho, Chóng mặt, Bất tỉnh

Vui lòng liệt kê các triệu chứng khác của trẻ này: _____

14) Thuốc tại trường:

EpiPen Jr. EpiPen Auvi-Q

* EpiPen/Twinject/Auvi-Q được sử dụng khi khởi phát phản ứng dị ứng và/hoặc tiếp xúc với yếu tố gây dị ứng.

15) Nhiều học sinh tự mang thiết bị EpiPen/Auvi-Q và tự sử dụng?

Có Không

16) **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="text"/>	<input type="text"/>	
Tên viết in của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế		
<input type="text"/>		