



बाट यसमा पूरा 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 अन्य स्वास्थ्य अवस्था

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस्

7229270953

कृपया सफासँग प्रिन्ट गर्नुहोस्!

भाग A अभिभावक / संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरु 1 - 11									
1) विद्यार्थी आईडी # <input type="text"/>	2) विद्यार्थीको अन्तिम नाम <input type="text"/>	3) विद्यार्थीको पहिलो नाम <input type="text"/>	4) जन्म मिति <input type="text"/>						
5) स्कूल <input type="text"/>	6) ग्रेड <input type="text"/>								
अभिभावक / संरक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी									
7) नाम <input type="text"/>	8) फोन नम्बर () - <input type="text"/>	9) पत्राचार ठेगाना, शहर, राज्य, जिल्ला <input type="text"/>							
10) आपतकालीन सम्पर्क <input type="text"/>		() - <input type="text"/>							
<p>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 लापरवाहीको 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।</p> <p>अभिभावक कृपया ध्यान दिनुहोस्: स्कूलमा औषधी दिनको लागि प्रिस्क्रिप्टन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर</td> <td style="width:33%;">टेलिफोन नम्बर</td> <td style="width:33%;">मिति</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/></td> <td>() - <input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर	टेलिफोन नम्बर	मिति	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>	() - <input type="text"/>	<input type="text"/>
अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर	टेलिफोन नम्बर	मिति							
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>	() - <input type="text"/>	<input type="text"/>							
भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरु 12 - 17									
12) बिद्यार्थीको निदान:									
<input type="checkbox"/> ADHD ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> मूत्र प्रणाली असामान्यताहरू ICD 10 कोड: _____							
<input type="checkbox"/> अटिजम ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> मुटुको अवस्था ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> अन्य _____							
<input type="checkbox"/> रगत बग्नु / क्लॉटिंग डिसअर्डर ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> मनोचिकित्सा अवस्था ICD 10 कोड: _____	ICD 10 कोड: _____							
<input type="checkbox"/> CP ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> मस्तिष्क डिसअर्डर ICD 10 कोड: _____								
13) स्कूलमा सावधानी / प्रतिबन्धहरू:									
14) के स्कूलमा सक्सनिंग आवश्यक छ? <input type="checkbox"/> छ, कृपया तल पूरा गर्नुहोस् <input type="checkbox"/> होईन									
प्रकार _____		निर्देशनहरू: _____							
फ्रिक्वेन्सी? _____									
15) के स्कूलमा क्याथेटरेसन आवश्यक छ? <input type="checkbox"/> छ, कृपया तल पूरा गर्नुहोस् <input type="checkbox"/> होईन									
प्रकार _____									
फ्रिक्वेन्सी? _____									
16) थप स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको टिप्पणीहरू:									
17) 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)							
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>								
स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको मुद्रित नाम	<input type="text"/>								