



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

ఇతర ఆరోగ్య పరిస్థితులు

*** దయచేసి చక్కగా ప్రింట్ చేయండి. ***

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవద్దు

7229270953

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

1) విద్యార్థి ఐడీ #	2) విద్యార్థి చివరి పేరు	3) విద్యార్థి మొదటి పేరు	4) పుట్టిన తేదీ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) పాఠశాల	6) గ్రేడ్
<input type="text"/>	<input type="text"/>

తల్లితండ్రి/సంరక్షకుని పేరు & సంప్రదించవలసిన సమాచారం

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

10) అత్యవసర సంప్రదింపు సమాచారం	() -
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11) తల్లితండ్రి/సంరక్షకునికి గమనిక: ఈ పత్రం పై సంతకం చేయడం వలన జెఫర్సన్ కోంటీ బోర్డ్ ఆఫ్ ఎడ్యుకేషన్ మరియు దాని ఉద్యోగులు ఈ కార్యచరణ ప్రణాళిక వలన సంభవించే ఏ రకమైన బాధ్యతల స్వభావం నుండినా విడుదల చేయబడతారు. ఈ పత్రం పాఠశాల లేదా దాని ఉద్యోగుల బాధ్యతలను తమ స్వంత నిర్ణయం 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.

తల్లితండ్రి/సంరక్షకుని గమనించండి: పాఠశాలలో ఇవ్వవలసిన మందులు కోసం పాఠశాలలో ప్రెస్క్రిప్షన్ ధృవీకరణ పత్రం తప్పనిసరిగా రికార్డ్ లో ఉండాలి

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

భాగం B ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి: అంశాలు 12 - 17 పూర్తి చేయండి

12) విద్యార్థికి వ్యాధి నిర్ధారణ:

<input type="checkbox"/> ADHD ICD 10 కోడ్: _____	<input type="checkbox"/> తలనొప్పులు ICD 10 కోడ్: _____	<input type="checkbox"/> మూత్రకోశం వ్యవస్థ అసాధారణతలు ICD 10 కోడ్: _____
<input type="checkbox"/> ఆటిజం ICD 10 కోడ్: _____	<input type="checkbox"/> గుండె పరిస్థితి ICD 10 కోడ్: _____	<input type="checkbox"/> ఇతరులు _____
<input type="checkbox"/> రక్తస్రావం/రక్తం గడ్డకట్టే వ్యాధి ICD 10 కోడ్: _____	<input type="checkbox"/> మానసిక స్థితి ICD 10 కోడ్: _____	ICD 10 కోడ్: _____
<input type="checkbox"/> CP ICD 10 కోడ్: _____	<input type="checkbox"/> నరాల వ్యాధి ICD 10 కోడ్: _____	

13) పాఠశాలలో ముందు జాగ్రత్తలు /పరిమితులు:

14) పాఠశాలలో సక్షనింగ్ అవసరమా? అవును, దయచేసి ఈ క్రింది విషయాలు పూర్తి చేయండి కాదు

రకం _____ సూచనలు: _____

తరచుదనం? _____

15) పాఠశాలలో కథబెజెషన్ అవసరమా? అవును, దయచేసి ఈ క్రింది విషయాలు పూర్తి చేయండి కాదు

రకం _____

తరచుదనం? _____

16) అదనపు ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వ్యక్తి యొక్క వ్యాఖ్యానాలు:

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

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