



Doldurulmuş formu şu adrese iade edin:  
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

### OKUL SAĞLIK PLANI

### Diğer Sağlık Koşulları

Akademik Okul Yılı:

BU ALANI BOŞ BIRAKIN

7229270953

\*\*\*Lütfen düzgün bastırın.\*\*\*

#### BÖLÜM A Ebeveyn / Veli: 1 - 11 Öğelerini Tamamlayın

1) Öğrenci NUmarası	2) Öğrencinin Soyadı	3) Öğrencinin Adı	4) Doğum tarihi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) Okul	6) Derece		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

#### Ebeveyn/Veli Adı ve İletişim Bilgileri

7) Adı	8) Telefon Numarası	9) Posta Adresi, Şehir, Eyalet, Posta Kodu
<input type="text"/>	( ) -	<input type="text"/>
10) Acil İletişim	( ) -	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

11) Ebeveyne/veliyi not: Bu formu imzalamak, Jefferson İlçesi Eğitim Kurulu ve çalışanlarını bu eylem planından kaynaklanabilecek her türlü sorumluluktan muaf tutacaktır. Bu form, okulun veya çalışanlarının kendi ihmallerinden dolayı sorumluluklarını ortadan kaldırmaz. Ayrıca, sağlık hizmeti sağlayıcısının bu formu doldurmasına ve imzalamasına, JCPS personeli ile bu sağlık durumuna ilişkin bilgi alışverişinde bulunmasına izin veriyorum. Çocuğuma okul destekli bir okul gezisine katılma yetkisi verdiğimde, bu ilaçların ve/veya sağlık hizmetlerinin lisanslı bir gönüllü tarafından da sağlanabileceğini kabul ediyorum ve onaylıyorum.

**Ebeveynler lütfen unutmayın: Okulda ilaçların verilebilmesi için okulda bir reçete yetki formu dosyalanmalıdır**

EBEVEYN / VELİ İmzası

X

TELEFON NUMARASI

( ) -

TARİH

#### BÖLÜM B YALNIZCA SAĞLIK HİZMETLERİ SAĞLAYICI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR: 12 - 17 Öğelerini Tamamlayın

12) Öğrenci Teşhisi:

<input type="checkbox"/> ADHD ICD 10 kodu: _____	<input type="checkbox"/> Baş ağrısı ICD 10 kodu: _____	<input type="checkbox"/> Üriner Sistem Anormallikleri ICD 10 kodu: _____
<input type="checkbox"/> Otizm ICD 10 kodu: _____	<input type="checkbox"/> Kalp Durumu ICD 10 kodu: _____	<input type="checkbox"/> Diğer _____
<input type="checkbox"/> Kanama/Pıhtılaşma Bozukluğu ICD 10 kodu: _____	<input type="checkbox"/> Psikiyatrik Durum ICD 10 kodu: _____	ICD 10 kodu: _____
<input type="checkbox"/> CP ICD 10 kodu: _____	<input type="checkbox"/> Nörolojik Bozukluk ICD 10 kodu: _____	

13) Okuldaki Önlemler/Kısıtlamalar:

14) Okulda aspirasyon gerekli mi?  EVET, lütfen aşağıdakileri tamamlayın  Hayır

Tür \_\_\_\_\_ Talimatlar: \_\_\_\_\_

Sıklık? \_\_\_\_\_

15) Okulda kateterizasyon gerekli mi?  EVET, lütfen aşağıdakileri tamamlayın  Hayır

Tür \_\_\_\_\_

Sıklık? \_\_\_\_\_

16) Ek Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Yorumları:

17) **Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Bilgileri** Form bir Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ve ebeveyn/veli tarafından imzalanmalıdır

Sağlık Sağlayıcı İmzası

X

Tarih

Sağlık Kurumu Mührü (işlenmesi için gereklidir)

Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Basılı Adı