

यो अनुवाद सन्दर्भको उद्देश्यको लागि मात्र हो। कृपया पुरा ग्रनुहोस र अंग्रेजीमा फिर्ता गर्नुहोस्।



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) 485-3387

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

स्कूल स्वास्थ्य योजना
 G-ट्युब

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस

1743613151

कृपया सफासँग प्रिन्ट गर्नुहोस्।

भाग A अभिभावक / संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरु 1 - 11			
1) विद्यार्थी आईडी #	2) विद्यार्थीको अन्तिम नाम	3) विद्यार्थीको पहिलो नाम	4) जन्म मिति
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) स्कूल	6) ग्रेड		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
अभिभावक / संरक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी			
7) नाम	8) फोन नम्बर	9) पत्राचार ठेगाना, शहर, राज्य, ज़िप	
<input type="text"/>	() -	<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 स्वयम: को लापरबाहीको 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 प्रिस्क्रिप्शन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ</p>			
अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर		टेलिफोन नम्बर	मिति
<input checked="" type="text"/>		() -	<input type="text"/>
भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरु 12 - 24			
12) लेटेक्स एलर्जी / संवेदनशीलता: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन			
13) विद्यार्थीको निदान:			
14) खुवाउने ट्युबको प्रकार			
<input type="checkbox"/> NG ट्युब <input type="checkbox"/> NJ ट्युब <input type="checkbox"/> G ट्युब <input type="checkbox"/> J ट्युब <input type="checkbox"/> GJ ट्युब <input type="checkbox"/> अन्य: _____			
15) के बच्चालाई मुखबाट कुनै खाना / पिउन अनुमति छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन			
16) सूत्रको नाम: _____		भोल्युम दिइनु पर्छ: _____ml	
**खुवाउने सूत्र सूचीबद्ध सामग्री सहित लेबल भएको कन्टेनरमा स्कूल पठाइनु पर्छ			
17) पम्प प्रयोग गर्नको लागि: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन			
18) गुरुत्वाकर्षण: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन			
19) खुवाउने समय (हरु): _____			
20) पानीको अतिरिक्त मात्रा: _____ ml		पानीको समयहरु: _____	
21) तातो पानीको बखत बाहिरी क्षेत्र यात्राको लागि थप पानी व्यवस्थापन गर्न सकिन्छ:			
<input type="checkbox"/> हो रकम: _____ ml <input type="checkbox"/> होईन			
22) यदि खुवाउने ट्युब हटाईयो भने, के तालिम प्राप्त नर्सले यसलाई पुनर्स्थापना गर्न सक्नेछिन? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन			
23) थप स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको टिप्पणीहरू:			

24) 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="text"/>		<input type="text"/>	
स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको मुद्रित नाम			
<input type="text"/>			