

ఈ అనువాదం కేవలం సూచించే లక్ష్యాలు కోసం మాత్రమే. దయచేసి పూర్తి చేయండి మరియు ఇంగ్లీష్ లోకి వాపసు రండి.



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) 485-3387

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

పాఠశాల ఆరోగ్య ప్రణాళిక

జీ-ట్యూబ్

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవద్దు

1743613151

దయచేసి చక్కగా ప్రింట్ చేయండి.

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

1) విద్యార్థి ఐడి #	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 కౌంటీ 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 నిర్ణయాల 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 హాజరవుతానని అధికారం ఇచ్చినప్పుడు ఈ మందులు మరియు /లేదా ఆరోగ్య సేవలను లైసెన్స్ పొందిన వలంటీర్ కూడా అందించవచ్చని నేను గుర్తించి, అంగీకరించాను.

తల్లితండ్రి/సంరక్షకుని దయచేసి 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 - 24 పూర్తి చేయండి

12) లాటిక్స్ అలెర్జీ /సంవేదనశీలత: అవును కాదు

13) విద్యార్థికి వ్యాధి నిర్ధారణ:

14) ఫీడింగ్ ట్యూబ్ రకం
 ఎస్ జీ ట్యూబ్ ఎస్ జీ ట్యూబ్ జీ ట్యూబ్ జీ ట్యూబ్ జీజీ ట్యూబ్ ఇతరులు: _____

15) బిడ్డ ఏదైనా ఆహారం/పానీయం నోటి ద్వారా తీసుకోవడానికి అనుమతించబడతాడా? అవును కాదు

16) సూత్రీకరణ పేరు: _____ ఇవ్వవలసిన పరిమాణం: _____ మి.లీ.
 **పదార్థాల జాబితాలో లేబుల్ చేసిన కంటైనర్ లో ఫీడింగ్ సూత్రీకరణని పాఠశాలకు పంపించాలి

17) ఉపయోగించవలసిన పంప: అవును కాదు

18) బరువు: అవును కాదు

19) ఫీడింగ్ సమయం (లు): _____

20) నీరు యొక్క అదనపు పరిమాణం: _____ మి.లీ. నీటి సమయాలు: _____

21) వెచ్చని నీటి సమయంలో బయటి క్షేత్ర పర్యటనలు కోసం అదనపు నీరు ఎక్కించవలసిన అవసరం కలగవచ్చు:
 అవును మొత్తం: _____ మి.లీ. కాదు

22) ఫీడింగ్ ట్యూబ్ తొలిగిపోతే శిక్షణ పొందిన నర్స్ దానిని భర్తీ చేయగలదా? అవును కాదు

23) అదనపు ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వ్యక్తి యొక్క వ్యాఖ్యానాలు:

24) 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"/>		