



बाट यसमा पुरा 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
 गैर-खाद्य एलर्जीहरू

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनु

7906315012

कृपया सफासंग प्रिन्ट गर्नुहोस्।

भाग A अभिभावक / संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरू 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"/>	<input type="text"/>
10) आपतकालीन सम्पर्क	<input type="text"/>	
	() - <input type="text"/>	

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 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।

अभिभावक कृपया ध्यान दिनुहोस्: स्कूलमा औषधी दिनको लागि प्रिस्क्रिप्शन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ

अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर

टेलिफोन नम्बर

मिति

भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरू 12 - 16

12) कृपया एलर्जीहरू सूची गर्नुहोस्।

औषधिहरू: _____

चप्किने जुकाहरू: _____

अन्य: _____

13) एलर्जी प्रतिक्रिया लक्षण समावेश हुन सक्छ:

ओठको चीलाई/सुनिनु, मुख, जिब्रो वा घाँटी, पितीहरू / पुराना, पित्त, बान्ता / पेटको क्राम्स, हावाको कमी, स्वा-स्वा गर्नु, खोकी, रिंगटा लाग्नु, अचेत हुनु

कृपया यस बच्चाका लागि निर्दिष्ट कुनै पनि अन्य लक्षणहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____

14) स्कूलमा औषधिहरू:

EpiPen Jr. EpiPen Auvi-Q

* EpiPen / Twinject / Auvi-Q एलर्जी प्रतिक्रियाको सुरुवातमा र / वा एलर्जी ट्रिगरको एक्सपोजरमा दिइनु पर्छ।

15) के विद्यार्थीले आफ्नै EpiPen/Auvi-Q उपकरण बोक्न सक्छन् र आफ्नै प्रयोग गर्न सक्छन्?

हो होईन

16) 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"/>	