

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
 ఆహారేతర అలెర్జీలు**

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవద్దు

7906315012

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"/>	<input type="text"/>	
10) అత్యవసర సంప్రదింపు సమాచారం			
<input type="text"/>			
11) తల్లితండ్రి / సంరక్షకునికి గమనిక: ఈ పత్రం పై సంతకం చేయడం వలన జెఫర్సన్ కౌంటీ బోర్డ్ ఆఫ్ ఎడ్యుకేషన్ మరియు దాని ఉద్యోగులు ఈ కార్యదరణ ప్రణాళిక వలన సంభవించే ఏ రకమైన బాధ్యతల స్వభావం నుండినా విడుదల చేయబడతారు. ఈ పత్రం పాఠశాల లేదా దాని ఉద్యోగుల బాధ్యతలను తమ స్వంత నిర్లక్ష్యం 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 సంతకం			
తల్లితండ్రి / సంరక్షకుని సంతకం <input type="text"/>			
తల్లితండ్రి / సంరక్షకుని సంతకం <input type="text"/>			
తల్లితండ్రి / సంరక్షకుని సంతకం <input type="text"/>			
తల్లితండ్రి / సంరక్షకుని సంతకం <input checked="" type="text"/>			
భాగం B ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి: అంశాలు 12 - 16 పూర్తి చేయండి			
12) దయచేసి అలెర్జీల జాబితా పేర్కొనండి.			
<input type="checkbox"/> మందులు: _____ <input type="checkbox"/> కుట్టే కీటకాలు: _____ <input type="checkbox"/> ఇతరులు: _____			
13) అలెర్జీ ప్రతిచర్య లక్షణాల్లో ఇవి భాగంగా ఉండవచ్చు:			
దురద / పెదవులు, నోరు, నాలుక లేదా గొంతు వాపు, హైప్ / దద్దుర్లు, వికారం / వాంతులు / కడుపులో ఉప్పులు, ఊపిరి అందకపోవడం, పిల్లి కూతలు, దగ్గు, తల తిరగడం, స్పృహ కోల్పోవడం ఈ బిడ్డ కోసం దయచేసి ఏమైనా ఇతర నిర్దిష్ట లక్షణాల జాబితా పేర్కొనండి: _____			
14) పాఠశాలలో మందులు:			
<input type="checkbox"/> EpiPen Jr. <input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> Auvi-Q * EpiPen / Twinject / Auvi-Qలని అలెర్జీ ప్రతిచర్య ఆరోగ్యవైద్యునితో మరియు / లేదా అలెర్జీ ప్రేరణకు గురైనప్పుడు ఇవ్వాలి.			
15) విద్యార్థి తమ సొంత EpiPen / Auvi-Q డివైజ్ తమ వెంట తీసుకువెళ్లవచ్చా మరియు వాటిని తమ స్వంతంగా ఉపయోగించవచ్చా?			
<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు			
16) ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సమాచారం			
ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సంతకం <input checked="" type="text"/>		తేదీ <input type="text"/>	
ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి ముద్రించిన పేరు <input type="text"/>		వైద్య అధికారి స్టాంప్ (ప్రక్రియ చేయడానికి కావాలి) <input type="text"/>	

ఈ సంస్థ సమాన అవకాశాల్ని అందించే వారు మరియు యజమాని.