

Bu çeviri sadece referans amaçlıdır. Lütfen İngilizce olarak doldurun ve geri gönderin.



Doldurulmuş formu şu adrese iade edin:
JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3387

OKUL SAĞLIK PLANI
GIDA DIŐI ALERJİLER

Akademik Okul Yılı:

BU ALANI BOŐ BIRAKIN

7906315012

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/veliyeye 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

TELEFON NUMARASI

TARİH

BÖLÜM B YALNIZCA SAĞLIK HİZMETLERİ SAĞLAYICI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR: 12 - 16 Öğelerini Tamamlayın

12) Lütfen alerjileri listeleyn.

İlaçlar: _____

İsrırgan Böcekler: _____

Diğer: _____

13) Alerjik reaksiyon semptomları şunları içerebilir:

Dudak, Ağız, Dil veya Boğazda Kaşıntı/Şişlik, Kurdeşen/Döküntü, Bulantı/Kusma/Mide Krampları, Hava Darlığı, Hırıltı, Öksürük, Baş Dönmesi, Bilinçsizlik

Lütfen bu çocuğaya özgü diğer semptomları listeleyn: _____

14) Okuldaki İlaçlar:

EpiPen Jr. EpiPen Auvi-Q

* EpiPen/Twinject/Auvi-Q, alerjik reaksiyonun başlangıcında ve/veya alerji tetikleyicisine maruz kalmada verilecektir.

15) Öğrenci kendi EpiPen/Auvi-Q cihazını taşıyabilir ve kendi başına kullanabilir mi?

Evet Hayır

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

Sağlık Sağlayıcı İmzası

Tarih

Sağlık Kurumu Mührü (işlenmesi için gereklidir)

Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Basılı Adı