



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  
अन्य स्वास्थ्य अवस्था**

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस्

7229270953

\*\*\*कृपया सफासँग 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, जिप
<input type="text"/>	( ) - <input type="text"/>	<input type="text"/>
10) आपतकालीन सम्पर्क	( ) - <input type="text"/>	
<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 लापरवाहीको 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
<input checked="" type="checkbox"/>	( ) - <input type="text"/>	<input type="text"/>

**भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरू 12 - 17**

12) बिद्यार्थीको निदान:

<input type="checkbox"/> ADHD ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> मूत्र प्रणाली असामान्यताहरू ICD 10 कोड: _____
<input type="checkbox"/> अटिजम ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> मुटुको अवस्था ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> रगत बग्नु / क्लॉटिंग डिसअर्डर ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> मनोचिकित्सा अवस्था ICD 10 कोड: _____	ICD 10 कोड: _____
<input type="checkbox"/> CP ICD 10 कोड: _____	<input type="checkbox"/> मस्तिष्क डीसअर्डर ICD 10 कोड: _____	

13) स्कूलमा सावधानी / प्रतिबन्धहरू:

14) के स्कूलमा सक्सनिंग आवश्यक छ?  छ, कृपया तल पूरा गर्नुहोस्  होईन

प्रकार \_\_\_\_\_ निर्देशनहरू: \_\_\_\_\_

फ्रिक्वेन्सी? \_\_\_\_\_

15) के स्कूलमा क्याथेटरेसन आवश्यक छ?  छ, कृपया तल पूरा गर्नुहोस्  होईन

प्रकार \_\_\_\_\_

फ्रिक्वेन्सी? \_\_\_\_\_

16) थप स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको टिप्पणीहरू:

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