



Doldurulmuş formu şu adrese iade edin:  
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

**OKUL SAĞLIK PLANI**  
**Diğer Sağlık Koşulları**

Akademik Okul Yılı:

**BU ALANI BOŞ BIRAKIN**

7229270953

\*\*\*Lütfen düzgün bastırın.\*\*\*

**BÖLÜM A Ebeveyn / Veli: 1 - 11 Öğelerini Tamamlayın**

1) Öğrenci NUmarası  2) Öğrencinin Soyadı  3) Öğrencinin Adı  4) Doğum tarihi

5) Okul  6) Derece

**Ebeveyn/Veli Adı ve İletişim Bilgileri**

7) Adı  8) Telefon Numarası  ( ) -  9) Posta Adresi, Şehir, Eyalet, Posta Kodu

10) Acil İletişim  ( ) -

11) Ebeveyne/veliye 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 - 17 Öğelerini Tamamlayın**

12) Öğrenci Teşhisi:  
 ADHD ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_  Baş ağrısı ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_  Üriner Sistem Anormallikleri ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_  
 Otizm ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_  Kalp Durumu ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_  Diğer \_\_\_\_\_  
 Kanama/Pıhtılaşma Bozukluğu ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_  Psikiyatrik Durum ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_ ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_  
 CP ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_  Nörolojik Bozukluk ICD 10 kodu: \_\_\_\_\_

13) Okuldaki Önlemler/Kısıtlamalar:

14) Okulda aspirasyon gerekli mi?  EVET, lütfen aşağıdakileri tamamlayın  Hayır

Tür \_\_\_\_\_ Talimatlar: \_\_\_\_\_

Sıklık? \_\_\_\_\_

15) Okulda kateterizasyon gerekli mi?  EVET, lütfen aşağıdakileri tamamlayın  Hayır

Tür \_\_\_\_\_

Sıklık? \_\_\_\_\_

16) Ek Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Yorumları:

17) **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