Bản dịch này chỉ nhằm mục đích tham khảo. Hãy hoàn thành và gửi lại bằng tiếng Anh.

Gửi mẫu đơn đã hoàn chỉnh về:
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
CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ HỌC ĐƯỜNG
Tình trạng Sức khỏe Khác

*****Hãy viết in hoa rõ ràng.*****

Năm học:

KHÔNG VIẾT TRONG KHU VỰC NÀY
7229270953

PHẦN A Bố mẹ / Người giám hộ: Hoàn thành Mục 1 - 11

1) ID học sinh | **2) Họ của học sinh** | **3) Tên của học sinh** | **4) Ngày sinh**

5) Trường học | **6) Lớp**

Thông tin Liên lạc và Tên Phụ huynh/Người giám hộ

7) Tên | **8)** Số điện thoại ( ) - | **9)** Địa chỉ thư, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng

10) Liên hệ Khẩn cấp | ( ) -

11) Chú ý cho bố mẹ/người giám hộ: Ký tên vào mẫu đơn này sẽ miễn trừ mọi trách nhiệm có khả năng phát sinh từ kế hoạch hành động này cho Hội đồng Giáo dục Quận Jefferson và các nhân viên của họ. Mẫu đơn này không loại trừ trách nhiệm của trường học hoặc nhân viên của trường học do sai sót riêng của họ. Đồng thời, sau đây tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ y tế hoàn thành và ký tên vào mẫu đơn này để trao đổi thông tin với nhân viên JCPS về tình trạng sức khỏe này. Tôi hiểu và đồng ý rằng khi tôi cho phép con mình tham gia chuyến đi trải nghiệm thực tế do trường tài trợ, tình nguyện viên được cấp phép cũng có thể cung cấp các loại thuốc và/hoặc dịch vụ y tế này cho con tôi.
Bố mẹ xin vui lòng lưu ý: Mẫu đơn cho phép sử dụng thuốc kê đơn phải được nộp cho trường đối với những loại thuốc sẽ được sử dụng ở trường

Chữ ký của BỐ MẸ / NGƯỜI GIÁM HỘ X | **SỐ ĐIỆN THOẠI** ( ) - | **NGÀY**

PHẦN B CHỈ ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ: Hoàn thành Mục 12 - 17

12) Chẩn đoán của Học sinh:

- ☐ ADHD Mã ICD 10: _____
- ☐ Tự kỷ Mã ICD 10: _____
- ☐ Rối loạn Máu đông/Chảy máu Mã ICD 10: _____
- ☐ CP Mã ICD 10: _____
- ☐ Đau đầu Mã ICD 10: _____
- ☐ Bệnh tim Mã ICD 10: _____
- ☐ Bệnh tâm thần Mã ICD 10: _____
- ☐ Rối loạn thần kinh Mã ICD 10: _____
- ☐ Bất thường Hệ thống Tiết niệu Mã ICD 10: _____
- ☐ Khác _____ Mã ICD 10: _____

13) Thận trọng/Hạn chế tại trường học:

14) Có cần hút dịch ở trường không? ☐ CÓ, hãy hoàn thành thông tin bên dưới ☐ Không

Loại _____ Hướng dẫn: _____

Tần suất? _____

15) Có cần đặt ống thông ở trường không? ☐ CÓ, hãy hoàn thành thông tin bên dưới ☐ Không

Loại _____

Tần suất? _____

16) Nhận xét khác của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế:

17) **Thông tin của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế** Mẫu đơn **phải** có chữ ký của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế **và** Bố mẹ/Người giám hộ

Chữ ký của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế X | Ngày

Tên viết in của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế

Con dấu của Văn phòng Y tế (bắt buộc để xử lý)