

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
HEN SUYỄN

Năm học:

KHÔNG VIẾT TRONG KHU VỰC NÀY

0770620686

Hãy viết in hoa rõ ràng.

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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5) Trường học | 6) Lớp | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

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 |
| <input type="text"/> | () - | <input type="text"/> |
| 10) Liên hệ Khẩn cấp | () - | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

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 xác nhận với nhân viên JCPS về thông tin này. Tôi cũng thừa nhận rằng thuốc và điều trị rất có thể sẽ được cung cấp bởi nhân viên JCPS đã qua đào tạo, chưa giấy phép hành nghề. Tôi hiểu và đồng ý rằng khi tôi cho phép con mình tham gia chuyển 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**

SỐ ĐIỆN THOẠI

() -

NGÀY

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

12) Học sinh này có bị HEN SUYỄN không? CÓ KHÔNG Chẩn đoán Khác: _____

13) Những yếu tố nào có thể kích thích cơn hen suyễn ở trẻ?
 Phấn hoa Bụi Động vật Tập luyện thể dục Thực phẩm Bệnh tật Khác: _____

14) CÁC TRIỆU CHỨNG hen suyễn bao gồm:
 Ho Thở khò khè Khó thở
 Vui lòng liệt kê các triệu chứng khác của trẻ này: _____

15) Thuốc điều trị Hen suyễn TAI TRƯỜNG: CÓ KHÔNG

16) Học sinh này đã được đào tạo và có khả năng tự mang theo ống hít và tự sử dụng không? CÓ KHÔNG

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

Ngày

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

Tên viết in của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế