EVERETT PUBLIC SCHOOLS

Lịch Sử Sức Khỏe Hàng Năm _____

RN đã được xem
_____
(Chỉ dùng cho văn phòng)

Trường học yêu cầu lịch sử sức khỏe hàng năm mới phải được hoàn thành và trả lại trường cho mỗi năm học. Thông tin cung cấp sẽ được chia sẻ với các đội ngũ nhân viên thích hợp để đảm bảo sự an toàn của học sinh tại trường.

Tên học sinh: _____ **Ngày sinh**:_____
Họ Tên Đệm

Trường:_____ **Lớp**:_____ **Số ID# học sinh**_____

Để đảm bảo một môi trường an toàn ở trường học, bạn được yêu cầu phải thông báo cho y tá biết nếu con bạn có một tình trạng sức khỏe đe dọa đến tính mạng (được liệt kê dưới đây) TRƯỚC khi con bạn đi học ngày đầu tiên như là toa thuốc hiện tại, chương trình y tế, và thuốc cần phải được uống tại trường trong mỗi năm học để đảm bảo một môi trường an toàn cho học sinh theo pháp luật tiểu bang quy định (WAC 392-380-045).

1. ☐ **KHÔNG Có Tình Trạng Sức Khỏe Hoặc Thắc Mắc Nào Về Sức Khỏe**.

☐ **CÓ, Tình Trạng Sức Khỏe Hoặc Thắc Mắc Về Sức Khỏe Sau Đây:**

Các Tình Trạng Đe Dọa Đến Tính Mạng:

(Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp và hoàn thành các câu hỏi theo sau.)

☐ ***Suyễn*** Con bạn có sử dụng bình xịt mũi nhiều hơn một lần một tuần không?_____
Con bạn có phải nhập viện vì các triệu chứng hen suyễn trong năm qua không?_____
Con bạn có sử dụng steroid cho các triệu chứng hen suyễn trong năm qua không?_____

☐ ***Dị ứng*** (Chỉ đánh dấu khi Rất Nặng và Epinephrine được kê đơn. Ví dụ: Đậu phộng, ong, hạt cây, vv.)
Chất gây dị ứng_____

☐ ***Tiểu Đường*** Ngày chẩn đoán:_____ ☐Loại 1 HOẶC ☐Loại 2 CGM: ☐ Có ☐ Không
☐Bơm HOẶC ☐Tiêm thuốc ☐Tự mình làm HOẶC ☐Cần trợ giúp

☐ ***Động kinh*** Loại:_____ Bao lâu thì bị:_____
Bệnh động kinh của con bạn có cần dùng thuốc không?_____
Con bạn có cần dùng thuốc động kinh khẩn cấp ở trường không?_____

Các Tình Trạng Sức Khỏe Hoặc Thắc Mắc Về Sức Khỏe Khác

mà có thể ảnh hưởng đến con bạn ở trường học. (Ví dụ: Dị ứng với thuốc, ADHD, lo lắng, ỉa đùn, bệnh tim, đau nửa đầu, bệnh Crohn, kiêng cử ăn uống, di truyền, từng bị chấn động não, bại não, trầm cảm, PKU, đái dầm, rối loạn máu, trầm cảm, vv.) **Xin liệt kê dưới đây.**

_____

_____

2. **Thuốc Cần Phải Uống Tại Trường Học:** (Nếu học sinh cần phải uống thuốc ở trường, liên hệ với phòng y tế để được sắp xếp và điều này là bắt buộc theo luật RCW 28A.210.260)

Tên thuốc	Liều lượng	Chẩn đoán hoặc triệu chứng phải uống thuốc

3. **Thông Tin Người Liên Hệ Khi Khẩn Cấp:**

Phụ huynh/Người bảo hộ 1:_____ *Nhà:*_____ *Di động:*_____

*Công ty:*_____ *Email:*_____

Phụ huynh/Người bảo hộ 2:_____ *Số điện thoại #1:*_____ *Số điện thoại #2:*_____

*Công ty:*_____ *Email:*_____

Người Liên Hệ Khi Khẩn Cấp:_____*Số điện thoại #1:*_____ *Số điện thoại #2:*_____

Bác sĩ:_____ *Số điện thoại:*_____ *Fax:*_____

⇨ _____ _____
(Tên viết hoa và chữ ký của phụ huynh/người giám hộ điền đơn) (Ngày hôm nay)