

Имя студента: _____ дата рождения: _____

For Office Use Only: Completed Medication Orders ☐ Medical Supplies Received ☐ Medications Received ☐

Эта информация необходима для планирования соответствующей программы для вашего учащегося и для подготовки к любой чрезвычайной ситуации, если она возникнет. Если у вас возникнут дополнительные вопросы, медсестра вашего дома свяжется с вами. Эту форму должен заполнить родитель/опекун. Закон требует, чтобы при угрожающих жизни состояниях, таких как анафилаксия, астма, диабет или судороги, имелся полный план лечения, оформленные заказы на лекарства, медицинские принадлежности и лекарства, поставляемые в школу до первого дня учебы учащегося в школе. Пожалуйста, как можно скорее свяжитесь с медсестрой здания, чтобы убедиться, что все документы заполнены.

Есть ли у вашего ребенка какие-либо текущие проблемы со здоровьем? Да Нет Если да, заполните всю соответствующую информацию. Если нет, перейдите к подписи на странице 2.

История болезней (Укажите все, что применимо)

Угрожающее жизни состояние здоровья (пожалуйста, свяжитесь с медсестрой для получения плана ухода)

- *Гемофилия ☐ *Диабет I типа
*Анафилактическое состояние (ЭпиПен) ☐ *ЭпиПен прописали
*астма ☐ *Состояние приступа
*Состояние сердца

Сердечно-сосудистая система

Диагностическое состояние: _____

Пожалуйста, объясни: _____

Гематология (кровь)

Серповидноклеточная анемия

Другое состояние крови, объясните: _____

Эндокринная система, аллергия, иммунная система

- Пищевая аллергия Перечислить аллергию: _____
Аллергия на насекомых Перечислить аллергию: _____
Муковисцидоз Заболевания щитовидной железы
Диабет II типа
Другой: _____

Желудочно-кишечные, стоматологические и оральные заболевания

- Целиакия Болезнь Крона/Колит
Непереносимость лактозы Гастроэзофагеальный рефлюкс
Раздражительный кишечник Болезнь печени
Состояние полости рта Состояние зубов
Другой: _____

Кожа и подкожная клетчатка

- Контактный дерматит Экзема
Другой: _____

Нервная система

- ☐ Аутизм ☐ Травматическое повреждение мозга
☐ ДЦП ☐ Нарушение развития
☐ Мигрени ☐ Головные боли
☐ Сенсорное состояние ☐ Паралич
☐ Нарушение речи ☐ Шунт
☐ Повреждение спинного мозга ☐ Спина Бифида
☐ Диагноз СДВГ/СДВ

☐ Недавнее сотрясение мозга Дата сотрясения мозга: _____
Сотрясение мозга диагностировано: _____

Другой: _____

Состояние психического или поведенческого здоровья

- ☐ Расстройство сна ☐ Беспокойство
Другой: _____ ☐ Депрессия

Дыхательная система

- ☐ Реактивное заболевание дыхательных путей
Другой: _____

Скелетно-мышечная и соединительная ткань

- ☐ Ювенильный ревматоидный артрит ☐ Мышечная дистрофия

Другой: _____

Почки и мочеполовая система

- ☐ Хронические мочевые пути ☐ Дисменорея (болезненные менструации)
Инфекция Недержание
☐ Другой: _____

Новообразование (рак/опухоли)

Пожалуйста, объясни: _____

Глаз и Ухо

- Слабовидящие ☐ Носит очки/контактирует
Слабослышащих ☐ Носит слуховые аппараты
Хронические ушные инфекции
Другой: _____

ЛЕКАРСТВА: (Пожалуйста, сообщите обо всех лекарствах, которые ваш ученик принимает дома и в школе)

Нужны ли лекарства дома? Нужны ли лекарства в школе? Да Нет

Пожалуйста, перечислите: _____

Лекарства в школе? Да Нет

Пожалуйста, перечислите: _____

Закон штата требует письменного разрешения от родителя/опекуна и лицензированного поставщика медицинских услуг, прежде чем принимать какие-либо лекарства, отпускаемые по рецепту или без рецепта, в школе. Формы можно получить в школьных медицинских кабинетах, в школьном офисе или на веб-сайте государственных школ Арлингтона по адресу: www.asd.wednet.edu/for_parents/district_forms.

Если в момент возникновения неотложной медицинской помощи невозможно связаться с родителем/опекуном или уполномоченным контактным лицом для оказания экстренной помощи и если, по мнению школьных властей, неотложная помощь является срочной, я разрешаю и даю указание школьным властям отправить учащегося в больницу или к врачу в ближайшем будущем. доступный. Я понимаю, что беру на себя полную ответственность за оплату любых оказанных услуг. Я понимаю, что приведенная выше информация будет передана соответствующему школьному персоналу, которому необходимо знать, чтобы обеспечить здоровье и безопасность моего ученика.

Я даю разрешение школе моего ребенка добавлять информацию о прививках в Информационную систему по иммунизации, чтобы помочь школе вести учет моего ребенка.

Имя родителя / опекуна Подпись родителя / опекуна Дата

Имя родителя / опекуна Подпись родителя / опекуна Дата