

VĂN PHÒNG CÁC TRƯỜNG CÔNG GIÁO, GIÁO PHẬN ARLINGTON
CẬP NHẬT LỊCH SỬ SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH BẢO MẬT

PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ: Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này vào đầu mỗi năm học.

Tên _____ Nam Nữ Ngày sinh: _____ Trường _____ Lớp _____
 Mẹ / Người giám hộ _____ SĐT Nơi làm việc _____ SĐT Nhà riêng _____ SĐT Di động _____
 Cha / Người giám hộ _____ SĐT Nơi làm việc _____ SĐT Nhà riêng _____ SĐT Di động _____
 Bác sĩ _____ SĐT _____ Năm học _____

Hoàn thành danh sách kiểm tra sau đây bằng cách chỉ ra bất kỳ tình trạng nào dưới đây của học sinh, trong quá khứ hoặc hiện tại.

	CÓ*	NGÀY
Rối loạn tăng động giảm chú ý	<input type="checkbox"/>	
Dị ứng / Môi trường	<input type="checkbox"/>	
Dị ứng / Thực phẩm	<input type="checkbox"/>	
Dị ứng / Côn trùng đốt hoặc Ong	<input type="checkbox"/>	
Dị ứng / Cao su	<input type="checkbox"/>	
Dị ứng / Thuốc	<input type="checkbox"/>	
Lo âu	<input type="checkbox"/>	
Hen suyễn / Vấn đề về hô hấp	<input type="checkbox"/>	
Tự kỷ	<input type="checkbox"/>	
Mối quan ngại về hành vi	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn bàng quang / thận	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn máu/ Hồng cầu hình liềm	<input type="checkbox"/>	
Chảy máu / Rối loạn đông máu	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn xương / khớp / cơ	<input type="checkbox"/>	
Ung thư	<input type="checkbox"/>	
Cơ giât / Động kinh / Lên cơn	<input type="checkbox"/>	
Trầm cảm	<input type="checkbox"/>	
Vấn đề nha khoa	<input type="checkbox"/>	
Vấn đề về phát triển	<input type="checkbox"/>	
Chóng mặt hoặc ngất xỉu	<input type="checkbox"/>	
Tiêu đường	<input type="checkbox"/>	
Hạn chế trong chế độ ăn uống	<input type="checkbox"/>	
Vấn đề về ruột / tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn ăn uống	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn nội tiết	<input type="checkbox"/>	
Chấn thương đầu hoặc cột sống	<input type="checkbox"/>	

	CÓ*	NGÀY
Nhức đầu / Đau nửa đầu	<input type="checkbox"/>	
Vấn đề về thính giác:	<input type="checkbox"/>	
Khiếm khuyết hoặc bệnh về tim	<input type="checkbox"/>	
Viêm gan hoặc Vấn đề về gan	<input type="checkbox"/>	
Thoát vị	<input type="checkbox"/>	
Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn hệ thống miễn dịch	<input type="checkbox"/>	
Bệnh truyền nhiễm, Hiện tại	<input type="checkbox"/>	
Bệnh truyền nhiễm, không hiện hoạt	<input type="checkbox"/>	
Ngộ độc chì	<input type="checkbox"/>	
Vấn đề về kinh nguyệt	<input type="checkbox"/>	
Chẩn đoán sức khỏe tâm thần	<input type="checkbox"/>	
Hạn chế di chuyển	<input type="checkbox"/>	
Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn	<input type="checkbox"/>	
Điều trị chỉnh nha	<input type="checkbox"/>	
Hạn chế giáo dục thể chất	<input type="checkbox"/>	
Vấn đề tâm lý / cảm xúc	<input type="checkbox"/>	
Vẹo cột sống	<input type="checkbox"/>	
Bệnh về da	<input type="checkbox"/>	
Sốt / Tiêu không tự chủ	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn ngôn ngữ	<input type="checkbox"/>	
Phẫu thuật hoặc Nhập viện	<input type="checkbox"/>	
Bệnh lao	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn thị giác hoặc mắt	<input type="checkbox"/>	
Mối quan tâm về cân nặng (Thiếu cân/ Thừa cân)	<input type="checkbox"/>	
Khác: (giải thích bên dưới)	<input type="checkbox"/>	

*Cung cấp thông tin chi tiết cho tất cả các mục được đánh dấu ở trên **CÓ** : _____

Tình trạng sức khỏe của học sinh có cần dùng thuốc cần thiết về mặt y tế hoặc phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe chuyên biệt ở trường không? CÓ KHÔNG
 Giải thích _____

Học sinh có dùng bất kỳ loại thuốc, chất bổ sung vi lượng đồng căn hoặc chất bổ sung dinh dưỡng & hiệu suất nào không?
 CÓ
 KHÔNG Giải thích _____

Cụ thể **trong hoặc sau khi tập thể dục**, học sinh có trải qua bất kỳ tình trạng nào sau đây không? Đánh dấu tất cả các mục phù hợp:
 Ngất / Bất tỉnh Đột quy Chóng mặt / Hoa mắt nghiêm trọng Ho / Khò khè Bầm tím quá mức
 Khó thở cực độ Đau ngực Tê / Ngứa ran _____ KHÔNG CÓ TÌNH TRẠNG NÀO

Đánh giá Y tế có được thực hiện cho học sinh do bất kỳ triệu chứng nào nêu trên trong quá trình tập luyện không? CÓ KHÔNG Kết quả: _____

Tôi, _____ (tên phụ huynh/người giám hộ), cho phép nhân viên nhà trường được xác định cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và sơ cứu cho con tôi khi cần thiết trong các hoạt động ở trường và sau giờ học. Tôi chịu hoàn toàn trách nhiệm cung cấp cho nhà trường tất cả các loại thuốc không kê đơn hoặc thuốc theo toa cần thiết cho học sinh cũng như các nguồn vật tư và giấy phép điều trị y tế cần thiết, nếu cần trong ngày học. Y tá của trường và/hoặc nhân viên hỗ trợ y tế được tôi cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe bí mật của con tôi, trên cơ sở cần biết, với các thành viên thích hợp của đội ngũ nhân viên giáo dục (ví dụ: giáo viên, cố vấn, huấn luyện viên thể thao, nhân viên làm thêm ngày), và đội ngũ chăm sóc sức khỏe, để sử dụng nhằm đáp ứng nhu cầu giáo dục và sức khỏe của con tôi.
 Bằng việc ký vào tài liệu này, tôi đồng ý, thừa nhận và có ý định rằng sự đồng ý của tôi có hiệu lực vào ngày được ký trong suốt năm học được xác định.

Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ _____ Ngày _____