

Mẫu Thông Tin Y Tế

Tên của Học Sinh:

Ngày sinh:

Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

Điện thoại: (Cell) _____ (Nhà) _____ (Nơi làm việc) _____

Điện thoại: (Cell) _____ (Nhà) _____ (Nơi làm việc) _____

Liên lạc khẩn cấp: (ngoài Phụ Huynh/ Người Giám Hộ)

(1) _____
Tên Liên hệ với học sinh

Số điện thoại Thông tin liên lạc khác

(2) _____
Tên Liên hệ với học sinh

Số điện thoại Thông tin liên lạc khác

Tên của Bác Sĩ và Thông tin liên lạc (trong trường hợp khẩn cấp):

Tên của Công Ty Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Provider's Name), Policy #, và Thông tin liên lạc (trong trường hợp khẩn cấp):

Hướng dẫn trình báo với Công Ty Bảo Hiểm / Các thủ tục (trong trường hợp khẩn cấp):

Học sinh có các vấn đề sức khỏe sau đây và/hoặc dị ứng mà Trường Công Lập Boston nên biết:
Các vấn đề sức khỏe (Health Issues):

Dị ứng - Allergies (thực phẩm, thuốc, các loại côn trùng, cây cối, thú vật, vân vân...):

Học sinh dùng các loại thuốc sau đây và / hoặc chữa trị mà Trường Công Lập Boston nên biết:

Liệt kê những yêu cầu/ hướng dẫn dùng thuốc này:

Nếu thuốc được dùng cơ bản cần thiết (If medication is taken on an as-needed basis), xin cho biết các triệu chứng hoặc các điều kiện khi uống thuốc và thời gian uống thuốc.

Các yếu tố nào làm cho con em của quý bị hạn chế hoạt động thể chất (physical activity)?
(Ví dụ như hen suyễn, mới giải phẫu, bệnh tim, sợ hãi bất thường, vân vân.....)

Nếu có, xin cho biết cách thức quý vị muốn chương trình của con em quý vị giới hạn:

Chi tiết khác mà Trường Công Lập Boston nên biết liên quan đến sức khỏe của học sinh:

Tôi xác nhận cung cấp thông tin nêu trên cho các nhân viên khác của trường (I authorize the release of the information given above to other school staff) để phối hợp các dịch vụ.

Chữ ký của Học Sinh, nếu ít nhất trên 18 tuổi

Ngày

Chữ ký của Phụ Huynh, nếu Học Sinh dưới 18 tuổi

Ngày

* Nếu cần thiết, xin đính kèm thư của bác sĩ cùng với đơn này.

* Nếu cần thiết, xin đính bản sao giấy chứng nhận chính ngừa của học sinh cùng với đơn này

Hướng dẫn sử dụng thuốc

* Xin chỉ gửi những thuốc quan trọng với học sinh trong chuyến đi này.

Tên Học Sinh: _____

1. Tên thuốc (Name of Medication) _____

Các giờ uống thuốc (time(s) to be taken) _____

Lý do uống thuốc (reason for medication) _____

Các tác dụng phụ cần đề ý / hoặc thông tin khác _____

2. Tên thuốc _____

Các giờ uống thuốc _____

Lý do uống thuốc _____

Các tác dụng phụ cần đề ý / hoặc thông tin khác _____

3. Tên thuốc _____

Các giờ uống thuốc _____

Lý do uống thuốc _____

Các tác dụng phụ cần đề ý / hoặc thông tin khác _____

4. Tên thuốc _____

Các giờ uống thuốc _____

Lý do uống thuốc _____

Các tác dụng phụ cần đề ý / hoặc thông tin khác _____

Các hướng dẫn đặc biệt khác:

Tôi xác nhận con của tôi dùng các loại thuốc trên trong chuyến đi này.

Chữ ký của Học Sinh, nếu ít nhất trên 18 tuổi

Ngày

Chữ ký của Phụ Huynh, nếu Học Sinh dưới 18 tuổi

Ngày