



SEATTLE  
PUBLIC  
SCHOOLS

**KHÔNG VIẾT TRÊN KHUNG NÀY – FOR ENROLLMENT OFFICE USE ONLY**  
STUDENT ID# \_\_\_\_\_ SY/SCHOOL# \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vietnamese

## THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE HỌC SINH

Thông tin trên mẫu đơn này phải được cập nhật cho mỗi năm học. Xin vui lòng điền cả hai mặt và gửi lại cho y tá của trường càng sớm càng tốt

Tên: \_\_\_\_\_ ngày sinh: \_\_\_\_\_ giới tính: nam / nữ  
Họ Tên chữ lót tắt (khoanh tròn)

Trường: \_\_\_\_\_ Lớp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

### KẾ HOẠCH CHO VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT

*Nếu có ô về sức khỏe đặc biệt được đánh dấu, thì gửi đơn đến Health Services (MS 31-650 hoặc gọi 206-252-0750)*

**Bệnh tiểu đường – Ngày chuẩn đoán:** \_\_\_\_\_ **Con tôi có:**  insulin pump  insulin pen  injected insulin

**Giật kinh phong** – Con tôi cần thuốc ngay lập tức khi bị giật. Tên của thuốc: \_\_\_\_\_

**Kế hoạch chăm sóc sức khỏe đặc biệt** – Con tôi cần có sự chăm sóc đặc biệt như xe lăn, ống truyền thức ăn, ống hô hấp, ống thông, ống tiêm tĩnh mạch hoặc các ống khác. Xin mô tả tình trạng: \_\_\_\_\_

**Con tôi KHÔNG CÓ các bệnh tình trên.**

### CÁC BỆNH TÌNH NGUY HIỂM TÍNH MẠNG

*Nếu có ô về NGUY HIỂM TÍNH MẠNG được đánh dấu, thì gửi đơn đến trường*

Bệnh Suyễn \*nặng - (nếu có bệnh suyễn, xin hãy trả lời các câu hỏi sau):

Có  Không  con quý vị có sử dụng ống hít cứu hộ thường xuyên không?

Có  Không  con quý vị có nhập viện vì suyễn trong một năm nay không?

Có  Không  Con quý vị có sử dụng Steroids (prednisone) vì suyễn trong năm qua không?

*(nếu là bệnh suyễn nhẹ, hãy xem ô “Lịch sử Bệnh lý – Không đe dọa tính mạng”)*

Dị ứng/Sốc - \*Nặng, với toa Epi Pen/ Auvi-Q (ví dụ như: đồ ăn, côn trùng)

Chất gây dị ứng: \_\_\_\_\_

Bệnh khác: \_\_\_\_\_

**Con tôi KHÔNG CÓ các bệnh tình trên.**

**LƯU Ý CHO PHỤ HUYNH:** trường **phải** biết về **bệnh tình NGUY HIỂM TÍNH MẠNG** (Ví dụ như dị ứng nghiêm trọng với sốc, tiểu đường, hen suyễn) **trước khi vào học**, vì theo yêu cầu của Individualized Health Plan (theo luật RCW 28A.210.320). Liên lạc y tá hoặc phòng y tế của trường để tạo một kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho học sinh.

### TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

Đánh dấu tất cả những gì con quý vị có hoặc đã có:

ADD/ADHD

Blood Disorder

Depression/Anxiety

tim mạch

chấn thương nặng

dị ứng nhẹ hoặc vừa (khoanh một)

ruột/thận

răng miệng

chỉnh hình/xương

thị giác

suyễn nhẹ hoặc vừa (khoanh một)

ung thư

thính giác

tình cảm/hành vi

khác

Nêu quý vị đánh dấu ở trên, xin giải thích thêm: \_\_\_\_\_

Học sinh đã từng phải đi cấp cứu hoặc nhập viện vì bệnh trên? CÓ/KHÔNG (khoanh tròn) nếu có, ngày nào: \_\_\_\_\_

**Con tôi KHÔNG CÓ các bệnh tình trên.**

XIN XEM TIẾP MẶT SAU

**THUỐC MEN**

Liệt kê danh sách thuốc học sinh phải uống:|

tên thuốc: \_\_\_\_\_ cho bệnh \_\_\_\_\_  ở nhà  ở trường  
 tên thuốc: \_\_\_\_\_ cho bệnh \_\_\_\_\_  ở nhà  ở trường  
 tên thuốc: \_\_\_\_\_ cho bệnh \_\_\_\_\_  ở nhà  ở trường

Học sinh cần uống thuốc trong ngày học (thảo dược, thuốc trên quầy, thuốc theo toa) PHẢI có giấy của nơi cung cấp và giấy đồng ý của phụ huynh và cơ quan y tế phải có trong hồ sơ. Xin liên lạc trường để có các mẫu đơn THUỐC Ở TRƯỜNG và MUTUAL EXCHANGE.

**CHIA SẺ THÔNG TIN VỀ Y TẾ**

Để cung cấp một môi trường an toàn và lành mạnh cho con quý vị, y tá của trường cần phải chia sẻ thông tin về tình trạng sức khỏe của học sinh với giáo viên và các nhân viên liên quan. Nếu quý vị có thắc mắc, xin liên lạc y tá và phòng y tế của trường.

**THÔNG TIN LIÊN LẠC**

Xin vui lòng cung cấp số điện thoại hiện tại, đồng thời cập nhật nếu có thay đổi.

Cơ sở y tế của quý vị: \_\_\_\_\_ điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên của nha sĩ: \_\_\_\_\_ điện thoại: \_\_\_\_\_

	<b>1. Phụ huynh/người giám hộ</b>	<b>2. Phụ huynh/người giám hộ</b>
<b>Họ tên:</b>		
Số điện thoại nhà:		
Điện thoại di động:		
Điện thoại sở làm:		
Email:		
Thông tin khác:		

\_\_\_\_\_  
 Họ tên học sinh

\_\_\_\_\_  
 Họ tên của quý vị (viết hoa)

\_\_\_\_\_  
 Quan hệ với học sinh

\_\_\_\_\_  
 Chữ ký

\_\_\_\_\_  
 Ngày ký

Nurse Review Date/Initial: \_\_\_\_\_