

Портлендские Государственные Школы  
Медицинская Информация Учащегося

Имя ученика \_\_\_\_\_ Обведите одно: Муж Жен  
Адрес \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_  
Социал Секьюрити # \_\_\_\_\_ (необязательно)

Имя родителя/опекуна \_\_\_\_\_  
Телефон (домашний) \_\_\_\_\_ (рабочий) \_\_\_\_\_  
(мобильный телефон) \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
Имя человека для контакта, в случае отсутствия родителей \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
Доктор \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
Предпочтительный госпиталь \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_  
Медицинская страховка  Да  Нет  
Название медицинской страховой компании \_\_\_\_\_

- Есть ли у учащегося медицинские проблемы?  Да  Нет  
Если есть, то пожалуйста объясните \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Если есть медицинские проблемы, приложите письмо в школу от доктора, с инструкциями для принятия лекарства и медицинским протоколом.
- Принимает ли этот учащийся лекарства? (Имеется ввиду даже не по рецепту, такие как аспирин и т.д.)  
 Да  Нет  
Если Да, пожалуйста уточните какие \_\_\_\_\_
- Есть ли у этого учащегося аллергия на лекарства?  Да  Нет  
Если Да, пожалуйста уточните \_\_\_\_\_
- Есть ли у этого учащегося аллергия на укусы насекомых?  Да  Нет  
Если Да, носит ли этот учащийся набор для оказания первой помощи?  Да  Нет
- Когда этот учащийся получил его/ее последнюю прививку от столбняка (число)? \_\_\_\_\_
- **В течении всего учебного года, родители/опекуны ответственны за предоставление в школу правильной и уточненной информации, содержащейся на этой форме.**

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_