

Sở Học Chánh Portland
CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH

Tên học sinh _____ Chọn và khoanh: Nam Nữ
Địa chỉ _____ zip _____
Số điện thoại _____ Ngày sinh _____ Số an sinh xã hội _____ (không bắt buộc)

Tên phụ huynh/người giám hộ _____
Số điện thoại (nhà) _____ (sở làm) _____
(Số điện thoại di động) _____
Địa chỉ _____ zip _____

Liên lạc trong trường hợp khẩn cấp _____ số điện thoại _____
Địa chỉ _____ zip _____

Bác sĩ _____ Số điện thoại _____
Địa chỉ _____ zip _____
Bệnh viện _____ Số điện thoại _____
Bảo hiểm Có Không
Tên của cơ quan bảo hiểm _____

- Học sinh này có vấn đề gì về sức khỏe không? Có Không
Nếu có, xin giải thích _____

- Nếu có, xin kèm thư của bác sĩ giải thích về cách sử dụng thuốc và tình trạng sức khỏe.
- Học sinh này có đang uống thuốc không? (kể cả thuốc mua không cần toa bác sĩ: ví dụ như: thuốc aspirin, vân vân...) Có Không
- Nếu có, xin cho biết chi tiết _____
- Học sinh này có dị ứng khi bị sâu bọ cắn hoặc chích không? Có Không
Nếu bị dị ứng, học sinh này có thuốc dùng khẩn cấp khi bị sâu bọ cắn không?
- Cho biết ngày chích ngừa cuối cùng về phong đòn gánh?
- **Phụ huynh/người giám hộ có trách nhiệm trong việc thông báo về bất cứ những thay đổi nào trong niên học liên hệ đến tin tức trong bản đơn này.**