

For Office Use Only Completed medication orders Medical supplies received Medications received Student ID _____

Имя Ученика _____ Пол _____ Дата Рождения _____
 Школа _____ Класс _____

Эта информация необходима, чтобы запланировать соответствующую программу Вашего ребенка и подготовиться к любой чрезвычайной ситуации. Ваша школьная медсестра свяжется с Вами, если будут какие-либо дополнительные вопросы. Эта форма должна быть заполнена родителем/опекуном. ***Закон требует, чтобы опасные для жизни болезни, такие как анафилаксия, астма, диабет или судороги имели план ухода и поставленные лечения, медикаменты и лечение (я) поставляются школе до первого дня школы. Пожалуйста, свяжитесь со школьной медсестрой как можно скорее, чтобы гарантировать, что документы заполнены полностью.**

Никаких Проблем со Здоровьем (Пожалуйста Роспишитесь)

Медицинская История (Отметьте всё что подходит)

Опасные для жизни болезни

<input type="checkbox"/> *Гемофилия	<input type="checkbox"/> *Диабет Тип 1
<input type="checkbox"/> *Анафилакт. Реакция	<input type="checkbox"/> *Конвульсии
<input type="checkbox"/> *Алергия	<input type="checkbox"/> *Астма

*Астма Слабая Средняя Сильная при физ.нагрузке
 Использование Ингалятора в школе по любой причине (Пожалуйста свяжитесь со школьной медсестрой по поводу ухода)

*Сердечная Болезнь
Пороки Развития Сердца
 (объясните) _____

Гематология (Кровь)

Анемия Серповидного Эритроцита другие заболевания крови

Сердечно-сосудистое/Болезни Сердца

Перечислите _____

Эндокринное, Алергии, Иммунная Система

Алергия-Еда Алергия - Насекомые
 Другие Алергии _____

Муковисцидоз Нарушение Пищевого поведения
 Диабет Тип 2 Заболевания Щитовидной Железы

Другое Эндокринное, Иммунное или Метаболическое Заболевание

Опишите _____

Желудочно-Кишечные или заболевания полости рта или зубов

Целиакия Болезнь Крона Раздражение Кишечника
 Нетерпимая Лактоза гастроэзофагеальный рефлюкс

Другое _____

Заболевания Печени
 Заболевания Зубов
 Заболевания Полости Рта

Болезни Кожи и Подкожной Ткани

Дерматит
 Другое _____

Медикаменты: (Пожалуйста сообщите о всех медикаментах которые Ваш Ребенок принимает дома и в школе)

Этот Медикамент принимаете дома? Нет Да Перечислите _____

Этот Медикамент принимаете в школе? Нет Да Перечислите _____

Закон Штата требует письменного разрешения от родителя/опекуна и лицензированного медицинского работника перед принятием лекарств в школе, которые выписаны доктором или просто куплены вами. Вы можете получить эту форму у школьной медсестры, взять в офисе или отпечатать на нашем веб-сайте www.asd.wednet.edu/for_parents/district_forms.

Если родитель/опекун или разрешенный экстренный контакт не доступны во время медицинской чрезвычайной ситуации, и если неотложная медицинская помощь необходима, я уполномочиваю и разрешаю школьному персоналу, послать моего ребенка в больницу или к доступному доктору. Я понимаю, что буду полностью ответственна за оплату любых предоставленных услуг. Я понимаю, что информацией, данной выше, поделюсь с соответствующим школьным персоналом, который должен знать, чтобы предусмотреть здоровье и безопасность моего ребенка.

Роспись Родителя/Опекуна _____ Дата _____

Нервная Система

Синдром Аспергера Аутизм
 ADHD/ADD Диагностирован _____
 Церебральный Паралич
 Задержка Развития
 Мигрень Головные Боли Шунтирование Сосудов
 Интеллектуальная Неспособность
 Паралич
 Другое _____

Сенсорные Заболевания
 Разщелина Позвоночника
 Повреждения Спинного Мозга
 Травма Головного Мозга
 Нарушение Речи

Психические или Функциональные Болезни

Нарушение Сна Синдром Туретта
 Другое _____

Дыхательные Пути

Болезнь Дыхательных Путей
 Другое _____

Скелетно-Мышечная и Соединительная Ткань

Ревматоидный Артрит
 Мышечная Дистрофия
 Заболевания Колен-Голени
 Сколиоз
 Другое _____

Почечное и Мочеполовое

Хронические Заболевания Мочевых Путей Дисменорея (Болезненные Менструации)
 Другое _____

Неоплазмы (Рак/Опухоли)

Перечислите _____

Болезни Глаз и Ушей

Хронические Ушные Инфекции Проблемы со слухом
 Слабовидящий/Слепой Носит Слуховой Аппарат
 Носит Очки