SỞ GIÁO DỤC PHILADELPHIA

DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG
HỒ SƠ SỨC KHỎE CÁ NHÂN

NGÀY	
TRƯỜNG	

Kính Gởi Phụ Huynh/Giám Hộ:

Để nhà trường có thể đáp ứng được những nhu cầu về sức khỏe mà con quý vị có thể gặp phải, xin vui lòng điền vào những thông tin dưới đây:

HỌ CỦA HỌC SINH	TÊN	CHỮ LÓT	NGÀY SINH

PHỤ HUYNH HOẶC GIÁM HỘ

TÊN MẸ		TÊN CHA	
ĐỊA CHỈ NHÀ		ĐỊA CHỈ NHÀ	
ĐT NHÀ	ĐT CHỖ LÀM	ĐT NHÀ	ĐT CHỖ LÀM
CHỖ LÀM		CHỖ LÀM	

Người chăm sóc cho đứa trẻ trong ngày/sau giờ học

TÊN	ĐỊA CHỈ	ĐIỆN THOẠI

Thân nhân/bạn bè để liên lạc khi khẩn cấp trong trường hợp không liên lạc được với những người ghi ở trên:

TÊN	ĐỊA CHỈ	ĐIỆN THOẠI

Cần thông báo cho bác sĩ:

TÊN	ĐỊA CHỈ	ĐIỆN THOẠI
Trong trường hợp khẩn cấp, nếu được lựa chọn, quý vị muốn chọn bệnh viện nào cho con quý vị?		

Tôi cho phép nhân viên của Sở Giáo Dục Philadelphia được phép chở con tôi đi cấp cứu trong trường hợp nhà trường không liên lạc được với những người có tên trong danh sách kể trên. Tôi hiểu rằng, nếu cần thiết, con tôi sẽ được điều trị về y tế.

TÊN PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ (viết chữ in)	NGÀY KÝ	CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH /GIÁM HỘ

1. Hiện nay đứa trẻ có được sự chăm sóc của 1 bác sĩ, bệnh viện hoặc phòng khám nào hay không? ☐ Không ☐ Có
   Ở đâu? _____ Vì sao _____
   a._____
   b._____
2. Con quý vị có đang uống bất cứ loại thuốc hoặc vi-ta-min nào hay không? ☐ Không ☐ Có
   Ở đâu? _____ Vì sao_____
3. Con quý vị có cần phải uống bất cứ loại thuốc hoặc vi-ta-min nào tại trường hay không? ☐ Không ☐ Có
   Ở đâu? _____ Vì sao _____
4. Con quý vị có bị dị ứng với bất cứ loại nào như là thức ăn, cây cỏ, côn trùng, hoặc thuốc men hay không? ☐ Không ☐ Có
   Ở đâu? _____ Vì sao_____
5. Con quý vị có từng bị co giật hoặc động kinh năm vừa qua hay không? ☐ Không ☐ Có
   Bao nhiêu lần? _____ Điều trị _____
6. Con quý vị có cần ăn uống kiêng cử đặc biệt hoặc gặp bất cứ vấn đề gì về thực phẩm hay không? ☐ Không ☐ Có
   Ghi rõ cụ thể _____
7. Đứa trẻ có những nhu cầu sức khỏe *đặc biệt* hoặc vấn đề gì mà nhà trường cần biết hay không? ☐ Không ☐ Có
   Vấn đề gì? _____
8. Con quý vị được chở đến đâu khi em bị bệnh? Ghi rõ tên bác sĩ hoặc bệnh viện.
   _____
9. Đứa trẻ có từng được nha sĩ khám chưa? ☐ Không ☐ Có
   Ghi tên vị nha sĩ_____
10. Gia đình quý vị có được giúp đỡ trả chi phí về sức khỏe hay không? ☐ Không ☐ Có
    Bảo hiểm: Blue Cross, Union, D.P.A. (thẻ trắng), Medical Assistance (thẻ xanh), Medicare, Khác: _____

HỒ SƠ SỨC KHỎE CỦA ĐỨA TRẺ

1. LỊCH SỬ SỨC KHỎE GIA ĐÌNH

a. Khoanh tròn bất cứ những bệnh dưới đây mà người thân ruột thịt, còn sống hay đã chết, của đứa trẻ mắc phải (như là ông bà, cha mẹ, cô dì, chú bác, anh chị em):

dị ứng	nghiện rượu hoặc xì ke	bệnh tim	động kinh	khờ khạo	bệnh di truyền
hen suyễn	nghiện	cao máu	ho lao (T.B.)	bệnh hồng cầu liềm	hoặc bệnh khác
ung thư	tiểu đường	thần kinh suy sụp	ngộ độc chì	hồng cầu hình liềm	

b. Gia Đình/Cả Nhà
(Bất cứ quan hệ đặc biệt nào khác như là cha mẹ kế, con nuôi, ông bà, v.v..)

QUAN HỆ	TUỔI	TÊN	TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE	NGHỀ NGHIỆP HOẶC TRƯỜNG	HỌC ĐẾN LỚP
Mẹ					
Cha					
Anh Em					
Chị Em					
Những Thành Viên Khác Trong Nhà					

c. Có người nào trong gia đình chết haykhông? (không phải bị hư thai) _____

d. Có bao nhiêu người trong gia đình sống cùng chung nhà với đứa trẻ? _____

e. Có ai trong gia đình gặp vấn đề gì về nhà cửa, nghề nghiệp, hoặc thức ăn hay không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ

2. THAI NGHÉN HOẶC SINH ĐẺ

a. Người mẹ có bị bệnh trong khi mang thai hay không ? ☐ Không ☐ Có

b. Người mẹ có sử dụng bất cứ loại thuốc nào khi mang thai hay không? (ngoại trừ vi-ta-min hay chất sắt) ☐ Không ☐ Có

c. Người mẹ hoặc gia đình có bị căng thẳng trong khi mang thai hay không? ☐ Không ☐ Có

d. Đứa trẻ sinh đúng ngày tháng hay không? ☐ Không ☐ Có

e. Sinh nở có gặp khó khăn không? ☐ Không ☐ Có

f. Có sử dụng máy móc để đở đẻ hay không? ☐ Không ☐ Có

g. Em bé cân nặng bao nhiêu? _____

h. Em bé có gặp vấn đề gì lúc còn ở bệnh viện không? ☐ Không ☐ Có

i. Em bé ở trong bệnh viện bao nhiêu ngày? _____

j. Người mẹ ở trong bệnh viện bao nhiêu ngày? _____

3. SỨC KHỎE LÚC BÉ CÒN NHỎ

a. Hãy cho biết là đứa trẻ hiếu động hay là thụ động? _____

b. Đứa bé có vấn đề gì đặc biệt trong vòng 6 tháng đầu hay không? ☐ Không ☐ Có

c. Đứa bé có bú sữa mẹ hay không? ☐ Không ☐ Có

d. Đứa bé ngưng bú sữa mẹ vào lúc mấy tuổi? _____

e. Đứa bé ngưng bú sữa bình vào lúc mấy tuổi? _____

f. Đứa bé biết ngồi một mình vào lúc mấy tuổi? _____

g. Đứa bé biết bò vào lúc mấy tuổi? _____

h. Đứa bé biết đi vào lúc mấy tuổi? _____

i. Đứa bé bắt đầu bập bẹ nói một lúc 2 hoặc 3 chữ vào lúc mấy tuổi? _____

j. Đứa trẻ có thể đi vệ sinh một mình hay không? ☐ Không ☐ Có

k. Đứa bé ngưng đái dầm vào lúc mấy tuổi? _____

4. HỒ SƠ SỨC KHỎE CỦA ĐỨA TRẺ

1. Đứa trẻ có bao giờ đi bệnh viện hoặc được phẫu thuật hay không?

KHI NÀO	LÝ DO	TÊN BỆNH VIỆN
a.		
b.		

2. Đứa trẻ có từng bị những bệnh khác, bị tai nạn, gảy xương, tổn thương đầu hay không?

KHI NÀO	BỊ VẤN ĐỀ GÌ?	KÉO DÀI BAO LÂU?
a.		
b.		

3. Quý vị có thể nói là sức khỏe đứa trẻ có thể tốt hơn hay không ? ☐ Không ☐ Có
4. Đánh dấu (V) vào bất cứ những bệnh nào mà đứa trẻ từng mắc phải:
   ☐ Ban đỏ ☐ Sưng phổi ☐ Thủy đậu
   ☐ Ho gà ☐ Quai bị
   ☐ Sởi Đức hoặc Sởi "3" ngày ☐ Sốt thấp khớp
5. Có khi nào đứa trẻ bị bất tỉnh hoàn toàn hay không? ☐ Không ☐ Có
6. Có khi nào đứa trẻ bị cảm lạnh hoặc bị sốt vì viêm cổ họng hơn 6 lần trong 1 năm hay không? ☐ Không ☐ Có
7. Đứa trẻ có thường bị bệnh liệt giường hay không? ☐ Không ☐ Có
8. Đứa trẻ có từng bị bệnh lổ tai hoặc có vấn đề về thính giác hay không? ☐ Không ☐ Có
9. Đứa trẻ có từng bị bệnh về mắt hoặc có vấn đề về thị giác hay không? ☐ Không ☐ Có
10. Đứa trẻ dường như gặp khó khăn khi thở bằng mũi phải không ☐ Không ☐ Có
11. Đứa trẻ có ngáy khi ngủ hay không? ☐ Không ☐ Có
12. Đứa trẻ có thường bị chảy máu cam hay không? ☐ Không ☐ Có
13. Đứa trẻ có gặp vấn đề gì về răng hay không? ☐ Không ☐ Có
14. Hơi thở của đứa trẻ có mùi hôi hay không? ☐ Không ☐ Có
15. Đứa trẻ có từng bị co giật hay không? ☐ Không ☐ Có
16. Có thời điểm nào mà đứa trẻ dường như không nghe khi quý vị nói chuyện với cháu hay không? ☐ Không ☐ Có
17. Đứa trẻ có khi nào bị té xỉu hay không? ☐ Không ☐ Có
18. Đứa trẻ có than phiền là bị nhức đầu hay không? ☐ Không ☐ Có
19. Bác sĩ có bao giờ nói là con quý vị bị tim có tiếng thổi hay không? ☐ Không ☐ Có
20. Có bao giờ đứa trẻ than phiền bị đau nhức ở cánh tay và chân hay không? ☐ Không ☐ Có
21. Đứa trẻ có bao giờ bị sưng khớp hay đi khập khiễng hay không? ☐ Không ☐ Có
22. Đứa trẻ có gặp khó khăn để theo kịp với những trẻ khác hay không? ☐ Không ☐ Có
23. Đứa trẻ có thích hợp với bất cứ thực phẩm gì hay không? ☐ Không ☐ Có
24. Đứa trẻ có thường bị tiêu chảy hay không? ☐ Không ☐ Có
25. Đứa trẻ có bị táo bón hay không? ☐ Không ☐ Có
26. Đứa trẻ có từng bị giun lãi hay không? ☐ Không ☐ Có
27. Quý vị có bao giờ thấy máu trong phân của đứa trẻ không (khi đi đại tiện)? ☐ Không ☐ Có
28. Có bao giờ đứa trẻ bị bệnh vàng da hoặc bị đau gan hay không? ☐ Không ☐ Có
29. Đứa trẻ có than phiền bị đau bụng không? ☐ Không ☐ Có
30. Đứa trẻ có gặp khó khăn khi tiểu tiện không? ☐ Không ☐ Có
31. Đứa trẻ có bao giờ được điều trị về bệnh thận không? ☐ Không ☐ Có
32. Đứa trẻ bắt đầu có kinh mỗi tháng chưa (đối với con gái) ☐ Không ☐ Có
32a. Cháu có gặp vấn đề gì không? ☐ Không ☐ Có
33. Đứa trẻ có bị bệnh về da như là chàm bội nhiễm không? ☐ Không ☐ Có
34. Đứa trẻ có bao giờ bị hen suyễn, thở khò khè, hoặc ho hay không? ☐ Không ☐ Có
35. Xương hoặc khớp xương của đứa trẻ có bị biến dạng không? ☐ Không ☐ Có
36. Máu của đứa trẻ có bao giờ bị vấn đề gì không? ☐ Không ☐ Có
37. Đứa trẻ có bao giờ ăn sơn hoặc trát vữa hoặc bất cứ thứ gì không phải là thực phẩm không? ☐ Không ☐ Có
38. Đứa trẻ có bị khó ngủ hoặc vấn đề gì khi ngủ không? ☐ Không ☐ Có
39. Đứa trẻ dỗ giấc ngủ như thế nào?
    _____
    _____
    _____
40. Đứa trẻ có bao giờ được thử nghiệm da về bệnh TB (ho lao không)? ☐ Không ☐ Có
    Kết quả bình thường chứ? ☐ Không ☐ Có
    Ngày thử nghiệm sau cùng _____
41. Quý vị có cho là con mình nặng cân quá hay không? ☐ Không ☐ Có
42. Quý vị có cho là con mình ốm quá không? ☐ Không ☐ Có

43. Đứa trẻ thường ăn món gì vào buổi:

ĐIỂM TÂM	ĂN TỐI
ĂN TRƯA	**ĂN VẶT**

Mỗi ngày uống mấy ly sữa?

5. Hãy khoanh tròn những điều mà quý vị lo lắng về con mình:

1. Đái dầm lúc ngủ
2. Đái dầm ban ngày
3. Mút ngón tay
4. Cắn móng tay
5. Thần kinh dễ bị kích động
6. Bồn chồn
7. Rụt rè, nhút nhát
8. Buồn rầu
9. Buồn bã hoặc chán nản
10. Cảm giác dễ bị tổn thương
11. Luôn muốn gây sự chú ý
12. Muốn được sung sướng hoặc trợ giúp từ cha mẹ
13. Mơ mộng
14. Ác mộng
15. Nổi nóng giận dữ
16. Cứng đầu, ương ngạnh
17. Không vâng lời
18. Nói dối
19. Ích kỷ không muốn chia sẻ
20. Không hòa thuận với gia đình
21. Ganh tị với anh chị em
22. Về nhà quá khuya
23. Đánh lộn với trẻ em khác
24. Chơi với bạn bè xấu
25. Cố tình phá hoại đồ vật
26. Không hòa thuận với bạn trong lớp
27. Phải đút ăn
28. Thói quen ăn uống không lành mạnh
29. Đại tiện
30. Những vấn đề khác không được đề đề cập tới? Là gì?

6. Chức Năng Hiện Nay Của Đứa Trẻ

a. Quý vị diễn tả con mình như thế nào?_____ _____
_____

b. Đứa trẻ có hòa thuận với anh chị em không? _____
_____

c. Đứa trẻ có hòa thuận với bạn bè láng giềng không? _____
_____

d. Đứa trẻ cảm thấy thế nào khi cháu đến trường? _____
_____

e. Đứa trẻ làm bài trong lớp như thế nào? _____
_____

f. Đứa trẻ thích làm gì? _____
_____

g. Đứa trẻ sợ hoặc lo lắng về cái gì? _____
_____

h. Có điều gì con quý vị làm khiến cho quý vị bực mình hoặc giận dữ? _____
_____

i. Quý vị kỷ luật đứa trẻ bằng cách gì? Em có phản ứng như thế nào? _____
_____

j. Có điều gì con quý vị làm khiến cho quý vị hài lòng hoặc hãnh diện? _____
_____

k. Quý vị có những lo lắng gì muốn thảo luận với vị y tá hoặc bác sĩ không? _____
_____

Hoàn tất bởi	Ngày		Nhận bởi	Ngày