

**Nha Học Chánh Philadelphia**  
**Đơn Liên Lạc Khẩn Cấp**  
**Emergency Contact Form**  
**(EH-4C) A8625**

		Phái Tính /Sex	Lớp /Grade	Phòng /Rm/Sec/Bk	
Số Thẻ Học Sinh/Student ID	Tên Họ Học Sinh /Student's Name		Ngày Sinh /DOB	Số Trường /Sch. No.	
Địa Chỉ /Address		Số apt. /Apt. No.	Điện Thoại Nhà /Home Phone		
Tên Bác Sĩ/Bệnh Viện của Học Sinh/Name of child's doctor/clinic		Số Điện Thoại/Telephone	<input type="checkbox"/> Atena/US Health Car <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> AMERICHOICE <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> Other		
Tên Nha Sĩ của Học Sinh/Name of child's dentist/clinic		Số Điện Thoại/Telephone			
Học sinh này có bảo hiểm sức khỏe Không? (Xin khoanh tròn) <i>Does this child have health insurance? (Circle one)</i> Có /Yes ___ không /No ___		Nếu có xin điền vào hãng bảo hiểm sức khỏe bên phải/If yes, check the appropriate health insurance provider to the right>>			
Tên phụ huynh/giám hộ liên lạc khi khẩn cấp <i>First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian</i>		Liên hệ với trẻ <i>Relationship to child</i>	Điện thoại ban ngày <i>Daytime phone</i>	Điện thoại lưu động <i>Cell phone</i>	Điện thư /e-mail
Tên người thứ hai liên lạc khi khẩn cấp <i>Second Emergency Contact (full name)</i>		Liên hệ với trẻ <i>Relationship to child</i>	Điện thoại ban ngày <i>Daytime phone</i>	Điện thoại lưu động <i>Cell phone</i>	Điện thư /e-mail
Tên người thứ ba liên lạc khi khẩn cấp <i>Third Emergency Contact (full name)</i>		Liên hệ với trẻ <i>Relationship to child</i>	Điện thoại ban ngày <i>Daytime phone</i>	Điện thoại lưu động <i>Cell phone</i>	Điện thư /e-mail

Muốn đọc những tài liệu và thông tin khác bằng tiếng Việt, xin coi trang web: [www.philasd.org/language/vietnamese](http://www.philasd.org/language/vietnamese)

## LƯU Ý

Nếu trả lời những câu hỏi dưới đây là "Có" thì xin vui lòng đem đơn này đến bác sĩ của con quý vị để họ cung cấp những thông tin chi tiết bằng tiếng Anh/*If the answer to any of the following questions is "Yes", please take this form to your child's doctor and ask him/her to provide detailed information in English.*

1. Con của quý vị có những vấn đề gì về sức khỏe hay những vấn đề gì mà nhà trường cần biết hay không?/*Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?*

\_\_\_\_\_ Có/Yes      \_\_\_\_\_ Không/No

Nếu **CÓ**, hãy nhờ bác sĩ của đứa trẻ cung cấp thông tin bằng tiếng Anh/*If YES, please ask your child's doctor to provide information in English*

---

2. Con của quý vị có uống thuốc gì hay không? */Does your daughter/son take any medication?*

\_\_\_\_\_ Có/Yes      \_\_\_\_\_ Không/No

Nếu **CÓ**, hãy nhờ bác sĩ của đứa trẻ cung cấp thông tin bằng tiếng Anh/ *If YES, please ask your child's doctor to provide information in English*

---

3. Con của quý vị có cần uống thuốc tại trường hay không?/*Does your daughter/son need to take medication at school?*

\_\_\_\_\_ Có/Yes      \_\_\_\_\_ Không/No

Nếu **CÓ**, hãy nhờ bác sĩ của đứa trẻ cung cấp thông tin bằng tiếng Anh/ *If YES, please ask your child's doctor to provide information in English*

---

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Phụ huynh hay Giám hộ/ *Signature of Parent/s or Guardian/s*

\_\_\_\_\_  
Ngày / *Date*