

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
OFFICE OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION
EDUCATION CENTER
440 N. BROAD STREET, 2nd FLOOR- PORTAL C
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Telephone: 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

केन्द्र/Center: _____

बालकको नाम:/Child's Name: _____

तपाईंको बालकको सुनाइ र दृष्टि मुल्याङ्कनको परिणाम यि हुन:/

Your child had a hearing and/or vision screen. The results are:

सुनाइको मुल्याङ्कन/Hearing Screen Results,

मुल्याङ्कनको मिति/Date of exam _____

- सुनाइको मुल्याङ्कन सफल भयो/Passed Hearing Screen
- सुनाइको मुल्याङ्कन असफल भयो- पुन रुपमा जानु पर्छ (तल हेर्नु होला) /
Failed Hearing Screen - Needs Follow Up (See Below)
- सुनाइ पुन रुपमा मुल्याङ्कन गर्नु पर्छ / Retest Hearing
टिप्पणी/Comments _____
- अनुपास्थिती/Absent _____

दृष्टिको मुल्याङ्कनको परिणाम/Vision Screen Results,

मुल्याङ्कनको मिति/Date of exam _____

- दृष्टिको मुल्याङ्कनको सफल भएको/Passed Vision Screen
- दृष्टिको मुल्याङ्कनको असफल भएको - पुन रुपमा जानु पर्छ (तल हेर्नु होला)/
Failed Vision Screen - Needs Follow Up (See Below)
- अनुपास्थिती/Absent _____

दृष्टि या सुनाइको मुल्याङ्कन असफल भएमा/Failed Vision and/or Hearing Screen

कृपय स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्तालाई तलको फारम भराएर तपाईंको बालकको शिक्षकलाई फर्ता पठाउनु होला/

Please ask your Health Care Provider to complete the bottom of this form and return it to your child's teacher.

स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ताको रिपोर्ट/REPORT BY HEALTH CARE PROVIDER

निदान/Diagnosis:

उपचार/Treatment:

पुन रुपमा आउनु पर्ने मिति/Date of Follow Up:

प्रदान कर्ताको नाम (ठुलो अक्षरमा लेख्नु होला)/Provider's Name (Please Print)

प्रदान कर्ताको सही/Provider's Signature

मिति/Date

यि कुराहरु भएको बेलामा मलाई घरमै राख्नु होला:

मलाई
सन्चो छैन



थकाइ लागिरहेको,
अनुहारमा रङ नभएको,
भोक नलागेको,
अलमल भएको

बान्ता
आइरहेको छ



२४ घण्टामा दुई
वा दुई भन्दा बढी
पटक

घाँटी
दुखीरहेको छ



जोरो वा सुनिएको
ग्रन्थी

आँखामा
घाऊ छ



आँखा बाट पदार्थ
निकलिएको

पखाला
लागिरहेको छ



२४ घण्टामा २ चोटि
या बढी पातलो
दिसा आएको

घाऊ छ वा
जुम्र छ



जिउमा खटिरा
आएको जोरो
आएको र टाउकोमा
जुम्रा आएको

जोरो



घाँटी दुखेको, खटिरा,
बान्ता, पखाला, आँखा
दुखेको, र सन्चो नभएक

म बिरामी भएको बेलामा

1. मेरो हेरबिचार गर्ने व्यक्तिको योजना बनाउनु होला।
2. घरमा राखेर पनि शिक्षकलाई मेरो अवस्थाको बारे भन्नु होला।

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
OFFICE OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION
EDUCATION CENTER
440 N. BROAD STREET, 2nd FLOOR- PORTAL C
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Telephone: 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

मिती/Date _____

प्यारा आमाबुवा वा अभिभावक/Dear Parent/Guardian,

आज तपाईंको _____ /Today, your child,

_____ बालकलाई अर्को बालकले टोकेको थियो।/was bitten by another child.

_____ बालकले अरु बालकलाई टोकेको थियो।/bit another child.

टोकाइ भएको बेलामा छालामा घाऊ हुन्छ जस्तै गर्दा मुखमा भएका किटाणुहरू सो घाऊ बाट सर्न सक्छ। कहिले काँही छालामा भएको घाऊ सानो हुन्छ र देखिदैन तर पनि किटाणु सर्न सक्छ। टोकिएको बालकको छाला बाट पनि किटाणुहरू सर्न सक्ने हुन्छ।

ढुक्क हुनु होस्:

तपाईंको बालकलाई टोकिएको खण्डमा स्टाफ सदस्यले उपयुक्त सहायता प्रदान गरिन्छ, साबुन र पानी द्वारा सफा गरिन्छ र चाहिएको खण्डमा ब्याण्ड एड लगाइन्छ।

तपाईंको बालकले अर्को बालकलाई टोकेको खण्डमा स्टाफ सदस्यहरूले उस्लाई मुख पखाल्न लगाउँछ।

तपाईंको बालकलाई टोकिए वा तपाईंको बालकले टोके रोग सर्न सक्ने सम्भावना हुन्छ। तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्तालाई संपर्क गर्न हामी सिफारिश गर्दछौं। यदि तपाईंको बालकले आफ्नो स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ताको मा जन जरुरी भएको खण्डमा आफ्नो स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्तालाई यो पत्रको पछाडि लेख्न वा “आउच फारम” (Ouch Form) भरी बालकको शिक्षकलाई बुझाउन अनुरोध गर्दछौं। अरु प्रश्न भए स्वास्थ्य संयोजक सुसन ऐचले (Susan Aichele) लाई २१५ ४०० ५६७१ मा संपर्क गर्न नहिचकिचाउनु होला।

फलाडेल्फिया बिद्यालय जिल्ला

बाल्यकाल शिक्षा कार्यालय

EDUCATION CENTER
440 N. BROAD STREET, 2nd FLOOR- PORTAL C
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

फोन: 215-400-4270

फ्याक्स: 215-400-4272

सुचना नं/Notice # _____

मिती/Date: _____

_____ को आमा बुवा र अभिभावक को लागि,

बिषय/Topic: तल उल्लेखित कार्यहरूको लागि आवश्यकताहरू/Requirements for:

भर्ना/Entry _____ **किनडरगार्टेन/Kindergarten** _____ **फिर्ता/Returning** _____

तपाईंको बालकको स्वास्थ्य रेकोर्डको अनुसार उस्को स्वास्थ्य फाइल पुरा छैन भन्ने कुरा मैले थहा पाएको छु। तल दिइएको जानकारी प्राप्त गर्न तपाईंको बालकको स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता सँग कृपया **तुरुन्तै** समय बनाउनु होला:

तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्तालाई पुरा मितीहरू भएको जस्तै महिना/दिन/बर्ष सम्मिलित भएको तलको फारम भर्न कृपया अनुरोध गर्नु होला।

शारिरिक मुल्याङ्कन/Physical Exam _____ {गरिएको अन्तिम मिती/Last physical _____}

दन्तको मुल्याङ्कन/Dental Exam _____ {गरिएको अन्तिम मिती/Last dental _____}

पुन रुपमा दृष्टिको मुल्याङ्कन/Follow up Vision exam _____

पुन रुपमा सुनाइको मुल्याङ्कन/Follow up Hearing exam _____

DPT _____ TB TEST _____

POLIO _____ LEAD _____

HEPATITIS B _____ HEMOGLOBIN/MMR _____

HEMATOCRIT _____ VARICELLA _____

BLOOD PRESSURE _____ PNEUMOCOCCAL _____

HIB _____

तपाईंको सहयोगको लागि र प्री स्कुलमा भएको तपाईंको बालकलाई स्वास्थ्य राख्नु भएकोमा धन्यवाद!
तपाईंको बालकको बाल्यकालको नर्स