

ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ФИЛАДЕЛЬФИИ

ОТДЕЛ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР

440 N. BROAD STREET, 2 ЭТАЖ - ПОРТАЛ С
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Телефон: 215-400-4270

Факс: 215-400-4272

Центр: _____

Имя и фамилия ребенка: _____

У Вашего ребенка проверены слух и/или зрение. Сообщаем Вам результаты:

Результаты проверки слуха **Дата проверки** _____

- Прошёл проверку слуха
- Не прошёл проверку слуха – Необходимо продолжить (См. Ниже)
- Нужна повторная проверка слуха - Комментарии _____
- Отсутствовал _____

Результаты проверки зрения **Дата проверки** _____

- Прошёл проверку зрения
- Не прошёл проверку зрения – Необходимо продолжить (См. Ниже)
- Отсутствовал _____

Если ребенок не прошёл проверку зрения/слуха:

Пожалуйста, попросите своего семейного врача заполнить нижнюю часть этой формы и верните форму учителю своего ребенка.

ОТЧЕТ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Диагноз:

Лечение:

Дата следующего визита:

Фамилия врача (печатными буквами) _____

Подпись врача:

Дата:

ОСТАВЬТЕ МЕНЯ ДОМА, ЕСЛИ...

Я просто плохо себя чувствую



Необычно усталый, бледный, капризный, растерянный

Меня тошнит



Два или больше раза за 24 часа.

У меня болит горло



С высокой температурой и опухшими гландами.

У меня глазная инфекция



Густая слизь или гной течет из глаза

У меня понос



2 или более жидких стула за 24 часа.

У меня сыпь или вши



Сыпь на теле с лихорадкой или зудом, или головные вши

У меня температура



Боль в горле, сыпь, рвота, диарея, боль в ухе, или просто плохое самочувствие

А когда я болен...

- 1. Продумайте, кто будет заботиться обо мне*
- 2. Сообщите учителю, что со мной случилось, если я остался дома.*

ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ФИЛАДЕЛЬФИИ

ОТДЕЛ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР

440 N. BROAD STREET, 2 ЭТАЖ - ПОРТАЛ С

PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Телефон: 215-400-4270

Факс: 215-400-4272

Дата _____

Дорогие родители/опекуны!

Сегодня Ваш ребенок, _____,

_____ был укушен другим ребенком./was bitten by another child

_____ укусил другого ребенка./bit another child

В случаях, когда укус приводит к повреждению кожного покрова, существует риск, что микробы изо рта кусавшего могут проникнуть в укушенного ребенка через повреждения кожи. Иногда повреждения кожи настолько малы, что они не видны невооруженным глазом, но микробы всё равно могут быть переданы. Также возможно, что микробы с кожи укушенного могут проникнуть в рот укусившего ребенка.

ЗАВЕРЯЕМ ВАС, ЧТО:

В случае, если укушенным оказался Ваш ребенок, то ему была оказана необходимая первая помощь: ранка промыта водой с мылом и заклеена медицинским пластырем. В случае, если Ваш ребенок был укусившим, то его рот был хорошо промыт водой.

Вне зависимости от того, был ли ваш ребенок укушен или он сам укусил другого, укус потенциально может таить угрозу заражения. Поэтому мы советуем Вам связаться с Вашим лечащим врачом и следовать его рекомендациям. Если Вам пришлось отвести ребенка к врачу, попросите врача написать своё заключение на обороте настоящего письма или внизу **Ouch Form** и передайте записку врачу учителю ребенка. С вопросами просим обращаться к Сюзан Айчел, координатору по вопросам здоровья, по телефону 215-400-5671.

ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ФИЛАДЕЛЬФИИ

ОТДЕЛ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР

440 N. BROAD STREET, 2 ЭТАЖ - ПОРТАЛ С

PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Телефон: 215-400-4270

Факс: 215-400-4272

Уведомление # _____

Дата: _____

Кому: Родителям/опекунам _____

Тема: **Требования к: Поступлению** ___ **Подготовительный класс** ___ **Возвращению** ___

Как стало известно, в медицинской карте Вашего ребенка не хватает необходимых сведений. **Пожалуйста, НЕМЕДЛЕННО запишитесь на приём к врачу** Вашего ребенка, чтобы получить указанную ниже информацию.

Пожалуйста, попросите Вашего лечащего врача заполнить прилагаемую форму, включая полные даты, например, Месяц/День/Год по каждому пункту, указанному ниже.

Медосмотр _____ { Последний медосмотр _____ }

Осмотр дантиста _____ { Последний осмотр дантиста _____ }

Повторная проверка зрения _____

Повторная проверка слуха _____

DPT/АКДС _____ ТБ TEST/Тест ТБ _____

POLIO/ Полиомиелит _____ LEAD/Свинец _____

HEPATITIS B/Гепатит Б _____ HEMOGLOBIN/гемоглобин _____

MMR/КПК _____ HEMATOCRIT/ гематокрит _____

VARICELLA/Ветрянка _____ BLOOD PRESSURE/ Давление _____

PNEUMOCOCCAL/Пневмококк _____

HIV/ХИБ _____

Спасибо за сотрудничество и помощь в сохранении здоровья Вашего ребенка.

Ваша медсестра