

<b>THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA</b> <b>LAPORAN KUNJUNGAN KE</b> <b>PELAYANAN KESEHATAN</b> M-34 (REV.3/2007) Comm. Code 61602445241	Nama Belakang Anak /Student Last Name    Nama Depan /First Name    Tanggal /Date	
	Nama Sekolah /Name of School	Kelas /Grade    Ruang/Wali Kelas#/Room/Bk.No
<b>KEPADA ORANG TUA / WALI MURID: / TO THE PARENT/GUARDIAN:</b>  Suster Sekolah melaporkan bahwa anak anda mengunjungi ruang suster di sekolah di karenakan sakit/luka: <i>The School Nurse reports that your child was seen in the health room for the illness/injury indicated below:</i>  <input type="checkbox"/> Sakit kepala /Headache <input type="checkbox"/> Sakit tenggorokan /Sore throat <input type="checkbox"/> Goresan kecil /Minor cut <input type="checkbox"/> Benjolan/Luka Memar /Bump/bruise <input type="checkbox"/> Sakit perut /Stomachache <input type="checkbox"/> Pensil/pen/kayu /Pencil/pen stick <input type="checkbox"/> Goresan besar /Major cut <input type="checkbox"/> Emosi/Masalah tingkah laku/Emotional/behavioral issue <input type="checkbox"/> Mual atau muntah/vomiting <input type="checkbox"/> Keseleo/Terkilir /Joint injury <input type="checkbox"/> Luka di kepala /Head injury <input type="checkbox"/> Nyeri saat menstruasi Menstrual cramps (terlampir MEH-51/MEH-51 attached) <input type="checkbox"/> Lainnya/Other _____ <input type="checkbox"/> Mata terluka /Eye injury  Perawatan /treatment: <input type="checkbox"/> Kompres es/Ice <input type="checkbox"/> Minum Acetaminophen <input type="checkbox"/> Minum Ibuprofen <input type="checkbox"/> Dibersihkan/Dibalut /Cleansed/Bandage <input type="checkbox"/> Istirahat/Rest <input type="checkbox"/> Konseling/Counseled <input type="checkbox"/> Pengecekan Kesehatan Badan di lakukan oleh Suster Sekolah /Physical Exam completed by School Physician/School Nurse Practitioner  Catatan:/Comments: _____ _____ _____  Dianjurkan segera mengunjungi dokter anda : <input type="checkbox"/> Kunjungan sekali untuk tindakan darurat /At once for emergency treatment /Recommended follow-up-contact your doctor <input type="checkbox"/> Secepat mungkin /As soon as possible <input type="checkbox"/> Bila keadaan tidak membaik /If condition does not improve Harap segera hubungi dokter anak anda untuk mengisi halaman belakang <input type="checkbox"/> Membutuhkan surat pengantar dari dokter/Note from doctor is required formulir ini dan di kembalikan ke Suster Sekolah./Please ask your doctor to <input type="checkbox"/> Lainnya /Other _____ complete the back of this form and to return it to the School Nurse as soon as possible		
TERTANDA SUSTER SEKOLAH SIGNED-SCHOOL NURSE	TELEPON /Phone	DITANDA TANGANI OLEH SUSTER SEKOLAH /SIGNED-SCHOOL PHYSICIAN/SCHOOL NURSE PRACTIONER

**(REPORT BY FAMILY DOCTOR)**  
**LAPORAN DOKTER KELUARGA**

**DIAGNOSIS / DIAGNOSA:**

**TREATMENT / PERAWATAN:**

**DATE OF FOLLOW-UP VISIT / TANGGAL KUNJUNGAN SELANJUTNYA:** \_\_\_\_\_

<b>DOCTOR'S SIGNATURE /TANDA TANGAN DOKTER</b>	<b>DATE SIGNED / TERTANGGAL</b>
<b>DOCTOR'S PRINTED NAME / NAM A DOKTER DGN HURUF CETAK</b>	<b>PHONE NUMBER / NO TELP.</b>

**REPORT BY PARENT/GUARDIAN / LAPORAN YANG DI BERIKAN ORANG TUA / WALI MURID**

<b>PARENT'S SIGNATURE / TANDA TANGAN ORANG TUA</b>	<b>DATE SIGNED / TERTANGGAL</b>
--	---------------------------------

Dokumen terjemahan tersedia di situs : [www.philasd.org/language/Indonesian](http://www.philasd.org/language/Indonesian)