

<b>NHA HỌC CHÁNH PHILADELPHIA</b> <b>BÁO CÁO VIỆC ĐI KHÁM SỨC KHỎE</b> M-34 (REV.3/2007) Comm. Code 61602445241	HỌ /Student Last Name	TÊN /First Name	NGÀY /Date	
	TÊN TRƯỜNG /Name of School		LỚP /Grade	PHÒNG /Room/Bk No.
<b>KÍNH GỬI PHỤ HUYNH / GIÁM HỘ: /TO THE PARENT/GUARDIAN</b> Y TÁ CỦA TRƯỜNG BÁO CÁO RẰNG CON CỦA ÔNG BÀ ĐẾN PHÒNG Y TẾ VÌ EM BỊ BỆNH/THƯƠNG TÍCH NHƯ SAU: /The School Nurse reports that your child was seen in the health room for the illness/injury indicated below: <input type="checkbox"/> Nhức đầu /Headache <input type="checkbox"/> Đau cổ /Sore throat <input type="checkbox"/> Vết đứt nhẹ /Minor cut <input type="checkbox"/> Sung/Bầm/Bump/bruise <input type="checkbox"/> Đau Bụng /Stomachache <input type="checkbox"/> Bị viết chì /mực đậm/Pencil/pen stick <input type="checkbox"/> Vết đứt nặng /Major cut <input type="checkbox"/> Cảm xúc/Hành vi có vấn đề /Emotional/behavioral issue <input type="checkbox"/> Buồn nôn/Mửa/Nausea/vomiting <input type="checkbox"/> Khớp xương bị tổn thương/Joint injury <input type="checkbox"/> Tổn thương ở đầu /Kèm theo đơn MEH-51 <input type="checkbox"/> Khác/Other _____ <input type="checkbox"/> Mắt bị tổn thương/Eye injury <input type="checkbox"/> /Head injury/MEH-51 attached <input type="checkbox"/> Đau bụng kinh nguyệt/Menstrual cramps <b>Cách Xử lý / Treatment</b> <input type="checkbox"/> Chườm nước đá /Ice <input type="checkbox"/> Thuốc a xê ta mi nô phen /Acetaminophen <input type="checkbox"/> Ai bu prô fen /Ibuprofen <input type="checkbox"/> Rửa sạch/Băng bó /Cleansed/Bandage <input type="checkbox"/> Nghỉ ngơi/Rest <input type="checkbox"/> Khuyến bảo /Counseled <input type="checkbox"/> Được bác sĩ học đường / y tá hành nghề khám /Physical Exam completed by School Physician/School Nurse Practitioner Chú Thích /Comments: _____ _____ _____				
<b>Đề nghị theo dõi – Gọi cho bác sĩ của quý vị:/Recommended follow-up-contact your doctor</b> <input type="checkbox"/> Gọi liền để được cấp cứu /At once for emergency treatment <input type="checkbox"/> Chữa trị càng sớm càng tốt /As soon as possible <input type="checkbox"/> Nếu tình trạng không thuyên giảm /If condition does not improve <input type="checkbox"/> Cần có lời ghi chú của bác sĩ /Note from doctor is required <input type="checkbox"/> Khác /Other _____ Khi đem con của quý vị đi khám, quý vị nên yêu cầu bác sĩ điền vào trang sau của tờ đơn này và gửi trả lại cho y tá của trường càng sớm càng tốt. /If you take your child to the doctor, please ask your doctor to complete the back of this form and to return it to the School Nurse as soon as possible				
Ký Tên – Y tá của trường /SIGNED-SCHOOL NURSE		Điện Thoại /Phone	Ký Tên – Bác Sĩ Học Đường/ Y Tá /SIGNED-SCHOOL PHYSICIAN/SCHOOL NURSE PRACTITIONER	

## **BÁO CÁO CỦA BÁC SĨ GIA ĐÌNH /REPORT BY FAMILY DOCTOR**

CHẨN TRỊ /*DIAGNOSIS*:

CHỮ ATRỊ /*TREATMENT*:

NGÀY THEO DÕI BỆNH /*DATE OF FOLLOW-UP VISIT*: \_\_\_\_\_

CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ /*DOCTOR'S SIGNATURE*

NGÀY KÝ /*DATE SIGNED*

BÁC SĨ IN TÊN VÀO /*DOCTOR'S PRINTED NAME*

ĐIỆN THOẠI /*PHONE NUMBER*

## **BÁO CÁO CỦA PHỤ HUYNH / GIÁM HỘ /REPORT BY PARENT/GUARDIAN**

CHỮ KÝ PHỤ HUYNH /*PARENT'S SIGNATURE*

NGÀY KÝ /*DATE SIGNED*

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)