

Nha Học Chánh Philadelphia

Dịch Vụ y Tế Học Đường School Health Services

Giấy Cho Phép Bác Sĩ Học Đường/Y Tá Hành Nghề Được Khám Bệnh Và Kiểm Tra Sức Khỏe PERMISSION FOR EXAMINATION AND TESTS BY SCHOOL PHYSICIAN/SCHOOL NURSE PRACTITIONER

Tên Học Sinh /PUPIL	Lớp /GRADE	Phòng /ROOM/BOOK	Trường /SCHOOL
---------------------	------------	------------------	----------------

Luật của tiểu bang qui định mọi học sinh của Tiểu Bang Pennsylvania đều phải được khám sức khỏe và khám răng cùng với các thử nghiệm khác. Chúng tôi đề nghị quý vị nên dẫn con em mình đi khám bệnh tại những nơi mà quý vị thường đến. Nếu quý vị không tìm được chỗ khám bệnh cho con mình và muốn cho cháu được bác sĩ học đường hoặc y tá hành nghề khám, xin vui lòng điền vào tờ đơn cho phép dưới đây:

Tôi đồng ý cho bác sĩ học đường/Y tá hành nghề được phép giúp con tôi với các dịch vụ sau đây:

I give permission for the school physician/school nurse practitioner to provide the following services to my child:

- Hồ Sơ sức khỏe /Health history
- Khám sức khỏe sơ bộ /Brief physical examination
- Kiểm tra về: /Screening tests for

___ Việc tăng trưởng /growth

___ Thị giác /vision

___ Thị giác về màu sắc /color vision

___ Thính giác /hearing

___ Sự phát triển /development

- Đánh giá của giáo sư về sức khỏe và sự tiến bộ /teacher assessment of health and progress
- Giáo dục về sự chăm sóc sức khỏe /Health care teaching
- Tư vấn về sức khỏe /Health counseling

- Tôi muốn có mặt tại buổi khám sức khỏe Có /Yes Không /No
I wish to be present for the health history and physical examination

_____ Chữ Ký Phụ Huynh/Giám Hộ _____ Ngày Ký
Signature of Parent/Guardian Date Signed

- Tôi sẽ dẫn con tôi đến bác sĩ của cháu. Xin vui lòng gửi cho tôi tờ đơn Báo Cáo Của Bác Sĩ Tư để bác sĩ của cháu điền vào. *I will take my child to my own physician. Please send me a Private Physician Report to be completed by my doctor.*

_____ Chữ Ký Phụ Huynh/Giám Hộ _____ Ngày Ký
Signature of Parent/Guardian Date Signed