

CẤP CỨU HỌC SINH KHI KHẨN CẤP / THÔNG TIN SỨC KHỎE

Họ/Last Name: _____	Tên/First name: _____	Ngày Sinh/DOB: _____
Trường/School: _____	Phòng/Room/Sec: _____	Lớp/Grade: _____

Địa Chỉ Nhà/Home Address: _____	Điện Thoại Nhà/Home Phone: _____
Tên Mẹ/Mother: _____ email: _____	Điện Thoại/Phone: _____
Tên Cha/Father: _____ email: _____	Điện Thoại/Phone: _____
Tên Giám Hộ/Guardian: _____ email: _____	Điện Thoại/Phone: _____
Thông tin liên lạc khi khẩn cấp (không phải của phụ huynh) phải ở trong địa phương và phải sẵn sàng để liên lạc được:	
Tên Và Quan Hệ Với Trẻ /Name & Relationship to Child	Điện Thoại/Phone
1. _____	_____
2. _____	_____

Tên Bác Sĩ/Phòng Khám Của Trẻ/Childs Doctor: _____	Điện Thoại/Phone: _____
Bảo Hiểm Sức Khỏe/Medical Insurance: MA ___ CHIP ___ Tư Nhân/Private _____	
Tên Hãng Bảo Hiểm/Insurance Company Name: _____	Số Chính Sách/Policy Number: _____

Hãy khoanh tròn dưới đây để cho phép y tá trường cho con quý vị uống thuốc.	Hãy KHOANH TRÒN dưới đây nếu con quý vị:						
<table border="1"><tr><td>Acetaminophen (Tylenol)</td><td>Được</td><td>Không</td></tr><tr><td>Ibuprofen (Advil, Motrin)</td><td>Được</td><td>Không</td></tr></table>	Acetaminophen (Tylenol)	Được	Không	Ibuprofen (Advil, Motrin)	Được	Không	Mang: Kiếng/Glasses Máy Trợ Thính/Hearing Aid Bị bệnh: Động Kinh/Seizure Tiểu Đường/Diabetes Hen Suyễn/Asthma ADHD Hãy kể ra các bệnh dị ứng/List Allergies: Đối với thực phẩm thay thế cần phải có lệnh của bác sĩ mỗi năm: _____ Những Vấn Đề Khác Về Sức Khỏe/Other Health Problems: _____ _____
Acetaminophen (Tylenol)	Được	Không					
Ibuprofen (Advil, Motrin)	Được	Không					

Con Quý Vị Có Đang Sử Dụng Thuốc Không? ___KHÔNG/NO___ ___CÓ/YES___ (Hãy Kể Ra)			
Tên Thuốc/Medication	Liều Lượng/Dose	Thời Gian Uống/Giờ Uống Frequency/Time	Lý Do/Reason

Chữ ký của quý vị cho phép chúng tôi điều trị con em quý vị trong trường hợp khẩn cấp cũng như cho phép y tá của Sở cho con quý vị sử dụng những loại thuốc mà quý vị ghi trên đơn khẩn cấp này trong giờ học, trong các chuyến đi thực địa và các hoạt động sau giờ học.

Tôi cho phép y tá của trường liên lạc với các bác sĩ chăm sóc sức khỏe của con tôi và bác sĩ của tôi khi cần thiết để hỏi họ những thông tin về việc chăm sóc con tôi.

Chữ Ký Phụ Huynh/Gia Đình _____ Ngày _____

TÙY CHỌN

Sử Dụng Kem Chống Nắng Không Phải Bình Xịt Tại Trường

Phụ huynh / người giám hộ có thể cho con mình sử dụng loại **Sản Phẩm Chống Nắng Không Phải Bình Xịt**, nếu được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ chấp thuận. Để học sinh bôi kem chống nắng trong giờ học, tại một hoạt động do nhà trường bảo trợ, hoặc trong khi có sự giám sát của nhân viên nhà trường, phụ huynh / người giám hộ phải điền vào tờ chứng thực dưới đây.

Chứng Thực Của Phụ Huynh/Giám Hộ

- Khi ký tên dưới đây, bạn xác nhận là bạn hiểu trường không chịu trách nhiệm trong việc đảm bảo học sinh có bôi kem chống nắng.
- Khi ký tên dưới đây, bạn xác nhận rằng học sinh có thể tự bôi kem chống nắng.

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

Trường có thể hủy bỏ hoặc hạn chế việc sở hữu hoặc sử dụng sản phẩm chống nắng không phải bình xịt của học sinh nếu có bất kỳ trường hợp nào sau đây xảy ra:

- Học sinh không tuân thủ nội quy của trường liên quan đến việc sở hữu hoặc sử dụng sản phẩm chống nắng không phải bình xịt.
- Học sinh có biểu hiện không sẵn lòng hoặc không có khả năng cất giữ sản phẩm chống nắng không phải bình xịt để các học sinh khác không thể lấy xài.

Nếu trường hủy bỏ hoặc hạn chế việc sở hữu hoặc sử dụng sản phẩm chống nắng không phải bình xịt của học sinh, nhà trường sẽ gửi thư thông báo về việc hủy bỏ hoặc hạn chế cho phụ huynh / người giám hộ của học sinh.