



МЕДИЧНА ІСТОРІЯ УЧНЯ

Навчальний рік 2021-2022

Прізвище учня: _____

Ім'я: _____

Дата народження: _____

Клас: _____ Школа: _____

Будь ласка, відзначте все, що підходить. Якщо у Вашої дитини немає хронічних захворювань, перейдіть до кінця документа та підпишіть. Вся інформація, надана в цій формі, буде надана відповідним співробітникам школи на основі «необхідності знати», щоб забезпечити здоров'я та безпеку Вашої дитини.

ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ЗАГРОЖУЮТЬ ЖИТТЮ

RG	ВАЖКА астма (Дивіться нижче, якщо не важко)	<p>Закон штату вимагає, щоб учні з такими загрозливими життя захворюваннями, як анафілаксія, астма, судоми, серцева недостатність, гемофілія або діабет, прийшли на рід. збори зі шкільної медсестрою та був складений план по догляду до першого дня занять в школі.</p> <p><u>Будь ласка, зв'яжіться зі шкільної медсестрою якомога швидше, щоб переконатися, що оформлення документів завершено, та Вашій дитині можна відвідувати школу.</u></p>
EG	ВАЖКА алергія (потрібно EpiPen)	
	Алергія до:	
EK	Діабет 1-го типу (інсулінозалежність)	
NP	Напади/судоми	
C_	Захворювання серця:	
BB	Гемофілія	

Інші захворювання

NB	СДУГ, ким поставлений діагноз:	PC	Депресія
ED	Алергія - На їжу:	NF	Інвалідність у розвитку
EE	Алергія - На комах:	EL	Діабет 2-го типу
EM	Алергія - На ліки:	EN	Розлад харчової поведінки
EB	Алергія - Сезонна:	GH	ГЕРБ/кислотний рефлюкс
E_	Алергія - На тварин:	N_	Головні болі або мігрені
PA	Тривожність	GK	Розлад кишечника або хвороба Крона
RG	Астму (не важку) в даний час лікують за допомогою інгалятора	M_	Скелетно-м'язові порушення:
RH	Астма (минула історія) більше не використовує інгалятор	RE	Реактивна хвороба дихальних шляхів
NC	Розлад спектру аутизму	EU	Захворювання щитовидної залози:
B_	Захворювання крові:		
GA	Целіакія		
NE	Церебральний параліч		
YA	Хронічні вушні інфекції		
UB	Хронічні інфекції сечових шляхів		
NU	Струс мозку/черепно-мозкова травма Кістозний		
EJ	фіброз		

Інша мед. історія (госпіталізації, травми, інші діагнози/захворювання, які не вказані):

Перерахуйте ВСІ поточні ліки (обведіть ті, які будуть прийматися у школі):

Зверніть увагу: закон штату вимагає письмового дозволу від постачальника медичних послуг та батьків, перш ніж будь-які ліки (за рецептом та без) можна приносити та/або приймати у школі. Форми доступні онлайн та у кожному шкільному офісі.

Моя дитина носить: Окуляри YF Контактні лінзи YF Слуховий апарат YB Інше:

У моєї дитини НЕМАЄ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ДАНИЙ МОМЕНТ

Revised 1/2020

Якщо з батьком/опікуном або уповноваженою контактною особою неможливо зв'язатися під час надзвичайної медичної ситуації, та якщо за рішенням адміністрації школи потрібна термінова допомога, я дозволяю та наказую адміністрації школи спрямувати учня до найближчого та найбільш підходящого медичного закладу. Я розумію, що буду нести повну відповідальність за оплату будь-яких наданих послуг.

Дата _____ Підпис _____ Ким доводжуся учневі _____ Телефон _____