



Голубой Спрингс школьный округ клиника информационный бюллетень

Информация для студентов:

Студент: _____ Дата рождения _____ Пол: _____ Учебный год: _____

Родителя/опекуна: Мать: _____ Отец: _____

Шаг мать: _____ Отчим: _____

опекуна / другие: _____

Информация здравоохранения:

Перечислить все здравоохранения/эмоциональное условия медицинский диагноз, и если они будут влиять на ваш ребенок в течение школьного дня: _____

Есть ли у вашего ребенка известных аллергия? ДА NO

Если да, пожалуйста, перечислите аллергии: _____

Имеет поставщика здравоохранения сообщил Вам, что ваш ребенок аллергии является жизнь угрожая? ДА NO

Будут ли вы предоставить чрезвычайную лекарства для вашего ребенка в школе в случае возникновения аллергии воздействия? ДА NO

Страхование информация:

Распространяется ли ваш ребенок? Частное страхование Миссури Медикейд здравоохранения чистой Ни один

Имеет ли ваш ребенок врача экзамен в последние 2 года? ДА NO Врач: _____

Есть ли у вашего ребенка стоматологического страхования? ДА NO

Имеет ли ваш ребенок стоматологических экзамен в течение последних 12 месяцев? ДА NO Стоматолог: _____

Препараты:

Все **рецепту** необходимо быть доставлен школьного персонала клиники здоровья родителей, опекуна, или назначенных взрослого.

Все без **рецепта лекарства**, которые находятся в клинике школы требуют врача порядка.

Учащиеся средней школы (классы 6-12) могут самостоятельно управлять без рецепта лекарства, студент несет ток письменного разрешения от родителя/законного опекуна, который дает разрешение конкретных медикаментов для быть самостоятельные и студент носит не более чем один день поставки через счетчик лекарства в их владении в первоначальном контейнере.

*** Пожалуйста, обратите внимание, что если эти руководящие принципы не соблюдаются, студент может сталкиваться с дисциплинарных мер. Для получения дополнительной информации смотрите 5.97 # политики района.*

В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ ВАШ РЕБЕНОК БУДЕТ ПЕРЕВОЗИТЬСЯ В БЛИЖАЙШИЙ КАБИНЕТ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ.

Это ответственность родителей/опекунов для обновления информации о здоровье на **ЕЖЕГОДНОЙ** основе или по мере необходимости. Подпись родителя указывает, что приведенная выше информация является полной и точной.

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Спасибо,
Медицинское обслуживание