



## Blue Springs School District phòng khám đa khoa thông tin tò

### Thông tin sinh viên:

Sinh viên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Giới tính: \_\_\_\_\_ Năm học: \_\_\_\_\_

Phụ huynh/giám hộ: mẹ: \_\_\_\_\_ Cha: \_\_\_\_\_

Bước-mẹ: \_\_\_\_\_ Bước-cha: \_\_\_\_\_

Người giám hộ khác: \_\_\_\_\_

### Thông tin y tế:

Danh sách bất kỳ điều kiện y tế/tình cảm đó đã được y khoa chẩn đoán, và nếu họ sẽ ảnh hưởng đến con quý

vị trong trường: \_\_\_\_\_

Con quý vị có bất kỳ dị ứng được biết đến?  Có  Không

Nếu có, xin vui lòng danh sách dị ứng: \_\_\_\_\_

Thông báo có nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của bạn với bạn rằng con bạn dị ứng là cuộc sống đe dọa?

Có  Không

Bạn sẽ cung cấp thuốc khẩn cấp cho con em mình tại trường học trong trường hợp của một tiếp xúc dị ứng?

Có  Không

### Thông tin bảo hiểm:

Con của bạn được bảo hiểm theo?  Bảo hiểm tư nhân  Sức khỏe Medicaid/Missouri rờng  Không có

Con quý vị có một bác sĩ thi trong 2 năm qua?  Có  Không **Bác sĩ:** \_\_\_\_\_

Con quý vị có bảo hiểm Nha khoa?  Có  Không

Con quý vị có một kỳ thi Nha khoa trong 12 tháng qua?  Có  Không **Nha sĩ:** \_\_\_\_\_

### **Thuốc:**

**Tất cả các toa phải được giao cho nhân viên phòng mạch y tế của trường của một phụ huynh, giám hộ hợp pháp, hoặc thiết kế dành cho người lớn.**

**Tất cả các thuốc không cần toa được lưu giữ trong các bệnh viện trường yêu cầu đặt hàng của bác sĩ.**

**Học sinh trung học (lớp 6-12) có thể tự quản lý chức năng truy cập thuốc cung cấp sinh viên mang một hiện nay được viết ủy quyền từ guardian phụ huynh/pháp lý mà sẽ cho phép cho thuốc cụ thể để được self-administered và học sinh mang không có nhiều hơn một ngày cung cấp các trên quầy thuốc trong sở hữu của họ trong các thùng chứa bản gốc.**

*\* Xin lưu ý rằng nếu các nguyên tắc này không được theo sau, học sinh có thể gặp phải hành động kỷ luật. Xin vui lòng xem huyện chính sách # 5,97 để biết thêm thông tin.*

### **TRONG MỘT TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP CỰC, CON QUÝ VI SẼ ĐƯỢC VẬN CHUYỂN ĐẾN PHÒNG CẤP CỨU GAÂN.**

**Nó là trách nhiệm của phụ huynh/giám hộ để cập nhật thông tin y tế trên cơ sở hàng năm, hoặc nếu cần thiết. Chữ ký của phụ huynh cho biết các thông tin trên được hoàn tất và chính xác.**

Chữ ký của phụ huynh/giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Cảm ơn bạn,  
Dịch vụ y tế