

# HỆ THỐNG TRƯỜNG CÔNG LẬP BRAINTREE TIỀN SỬ BỆNH

(Phải được phụ huynh/người giám hộ hoàn thành)

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Tên _____<br>Tên _____ Tên Đệm _____ Họ _____  | Lớp _____ Trường _____                |
| Địa Chỉ _____  | Điện Thoại _____                      |
| Chuyển từ _____  | Ngày Hôm Nay _____                    |
| Ngày Sinh _____  | Sinh tại Thành Phố/Tiểu Bang _____    |
| Tên Cha _____  | Nghề Nghiệp _____                     |
| Tên Mẹ _____   | Nghề Nghiệp _____                     |
| Tên những người con khác trong gia đình _____  | Ngôn ngữ chính được nói tại nhà _____ |
| Tên _____ Ngày Sinh _____  | Tên _____ Ngày Sinh _____             |
| Tên _____ Ngày Sinh _____  | Tên _____ Ngày Sinh _____             |
| Học sinh sống với: <input type="checkbox"/> Phụ huynh <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Người Khác |                                       |

Có bất kỳ biến chứng nào khi sinh không?  Có  Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ: \_\_\_\_\_

Học sinh này có bị bất kỳ bệnh/tình trạng nào sau đây không: Nếu có, vui lòng giải thích:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hen suyễn _____          | <input type="checkbox"/> Gãy Xương/địa điểm/ngày _____   |
| <input type="checkbox"/> Dị ứng (liệt kê) _____   | Sử Dụng Bút Tiêm Epinephrine <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không                                    |
| <input type="checkbox"/> Các Vấn Đề về Tim _____  | <input type="checkbox"/> Viêm Gan _____  |
| <input type="checkbox"/> Các Vấn Đề về Thận _____ | <input type="checkbox"/> Vẹo Cột Sống _____  |
| <input type="checkbox"/> Tiểu Đường _____         | <input type="checkbox"/> Vấn Đề về Thính Giác _____ <input type="checkbox"/> Máy Trợ Thính                                 |
| <input type="checkbox"/> Động Kinh _____          | <input type="checkbox"/> Vấn Đề về Thị Giác _____ <input type="checkbox"/> Kính Mắt <input type="checkbox"/> Kính Áp Tròng |
| <input type="checkbox"/> Khác _____               |  |

Học sinh có uống bất kỳ loại thuốc nào không? Nếu có, vui lòng ghi rõ thuốc và lý do \_\_\_\_\_

Học sinh này có tham gia vào Chương Trình Giáo Dục Thể Chất đầy đủ không?  Có  Không

Nếu không, giải thích tại sao \_\_\_\_\_

Bác Sĩ Gia Đình \_\_\_\_\_ Nha Sĩ Gia Đình \_\_\_\_\_

Tôi cho phép y tá của trường chia sẻ thông tin y tế nêu trên với nhân viên nhà trường được xác định là phù hợp để đảm bảo sức khoẻ và sự an toàn của con tôi.  Có  Không

CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH hoặc NGƯỜI GIÁM HỘ \_\_\_\_\_

Vui lòng nộp lại mẫu đã điền cho Y Tá Trường Học