



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
Año Escolar: 2021 - 2022



Para los Padres o Tutores:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela la información adicional con respecto a las necesidades de salud de su hijo. Es posible que la enfermera pueda comunicarse con Ud. para obtener más información. La información solicitada es esencial para la enfermera satisfacer las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Para ser relleno por el padre/tutor.

Utilice sólo letras de Imprenta Por Favor. Vuelva a la Enfermera de la Escuela

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento	El Sexo
Dirección de Domicilio (La Calle)		Raza/Etnia	
(La Ciudad y Código Postal)		<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Angloamericano, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Otra	
Número de Tel. en Casa	Número de Tel. Celular	Escuela	Grado
Nombre de Padre/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)			
Transportación			
<input type="checkbox"/> Pasajero de Autobús <input type="checkbox"/> Pasajero de Carro <input type="checkbox"/> Pasajero del Autobús de Incapacitados <input type="checkbox"/> El Programa de Clases Extendidas			

Parte I – Información de Salud

Lugar donde recibe su hijo atención médica regular: <input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público <input type="checkbox"/> Clínica Hospital <input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud <input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> En ningún lugar regular	Lugar donde recibe su hijo cuidado dental regular: <input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público <input type="checkbox"/> Clínica Hospital <input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud <input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> En ningún lugar regular	Tipo de seguro médico de su hijo: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Segura Privada <input type="checkbox"/> ALLKIDS <input type="checkbox"/> Otra: _____
Nombre del médico: _____	Nombre del Dentista: _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
Tel: _____	Tel: _____	

Autorizaciones:

- Sí**, autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.
- No**, no autorizo a la enfermera de la escuela, le enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.
- Sí**, autorizo a mi hijo participar en todos los exámenes escolares de salud, tales como visión, audición, y escoliosis.
- Sí**, autorizo la revisión anual de la cartilla azul de inmunización de mi hijo por la oficina local del Centro de Salud Pública.

Utilizado Por La Oficina Solamente			
Escala de Acuidad:			
Nivel A Dependiente de la Enfermería	Nivel B Frágiles de Salud	Nivel C Médicamente Complejo	Nivel D Asuntos de Salud



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
Año Escolar: 2021 - 2022



Parte II – Historial Clínico

<input type="checkbox"/> No Sé de Ningún Problema de Salud (Si no hay, por favor vaya directamente a la parte inferior de la página y proporcione la firma del padre/tutor.)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Déficit de Atención (ADD) O	<input type="checkbox"/> ¿Requiere Medicina? (Requiere la autorización del médico para la medicina)
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/> ¿Será administrada en la escuela?
<input type="checkbox"/> Alergias: Por favor especifique : <input type="checkbox"/> Los Alimentos _____ <input type="checkbox"/> Los Insectos _____ <input type="checkbox"/> Del Medio Ambiente _____ <input type="checkbox"/> Los Medicamentos _____	<input type="checkbox"/> ¿Urticaria/erupciones? <input type="checkbox"/> ¿Dificultad para Respirar? <input type="checkbox"/> ¿Epi-pen? (Requiere la autorización del médico para la medicina)
<input type="checkbox"/> El Asma:	<input type="checkbox"/> ¿Él/Ella usa un inhalador en la escuela? (Requiere autorización del médico)
<input type="checkbox"/> Problemas Sangrantes: (Hemofilia, Von Willebrand's, Hemorragias Nasales Frecuentes)	<input type="checkbox"/> ¿Requiere Medicina? Por favor, explique: (Requiere la autorización del médico para la medicina)
<input type="checkbox"/> Cancer/Leucemia:	Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral:	Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> La Fibrosis Quística :	Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> Problemas Dentales:	<input type="checkbox"/> ¿Frenos? O Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> Diabetes: (Requiere la autorización de medicamentos y el procedimiento del médico) <input type="checkbox"/> Diabético Tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabético Tipo 2	<input type="checkbox"/> ¿Mide los niveles de azúcar en la sangre en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Requiere Insulina en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Orden de Glucagón? <input type="checkbox"/> ¿Bomba de Insulina? <input type="checkbox"/> ¿Controlada con una dieta?
<input type="checkbox"/> Emocional/de Comportamiento/Psicológico: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales y del estómago: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Genética: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas de Audición:	<input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos Oídos <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> ¿Pérdida de Audición? <input type="checkbox"/> ¿Audífono? <input type="checkbox"/> Implante Coclear
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca: Por favor, explique: ¿Hay alguna restricción? ¿Hay medicamentos que se toma sólo en casa?	
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión Arterial Alta):	
<input type="checkbox"/> La Artritis Juvenil/Problemas en las Articulaciones del Hueso: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones: Por favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Escoliosis:	<input type="checkbox"/> Ningún Tratamiento <input type="checkbox"/> Utilice Soporte <input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones: Por favor, explique:	Tipo de Ataque: _____ <input type="checkbox"/> Orden de Diastat
<input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciformes:	
<input type="checkbox"/> Espina Bífida:	
<input type="checkbox"/> Dieta Especial: Por Favor, explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas de Vision:	<input type="checkbox"/> Usa gafas/lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otra, _____
<input type="checkbox"/> Otras Condiciones Médicas: Por favor incluye <u>cualquier</u> medicamento que se toma en casa solamente.	

Parte III – Equipo Médico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

<input type="checkbox"/> Catéter	<input type="checkbox"/> Sonda Gástrica	<input type="checkbox"/> Tratamientos Nebulizar	<input type="checkbox"/> Suplemento de Oxígeno	<input type="checkbox"/> Traqueotomía
<input type="checkbox"/> Estimulador del Nervio Vago (VNS)	<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/> Caminante	

Firmas Requeridas

Firma del Padre(s)/Tutor: _____	Fecha: _____
Firma de la Enfermera de la Escuela : _____	Fecha: _____



**Bản đánh giá sức khỏe học sinh của
Bộ Giáo dục bang Alabama
Niên Học: 2021 - 2022**



Gửi Phụ huynh hoặc Người giám Hộ:

Mục đích của bản đánh giá này là để cung cấp cho y tá nhà trường những thông tin bổ sung liên quan đến các yêu cầu sức khỏe của con em quý vị. Y tá nhà trường có thể sẽ liên lạc với quý vị để biết thêm thông tin. Thông tin được yêu cầu là cần thiết đối với y tá nhà trường để đáp ứng những yêu cầu sức khỏe của học sinh.

Thông tin này sẽ được bảo mật nghiêm ngặt.

**Phụ huynh/Người giám hộ điền đầy đủ thông tin.
VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN HOA. Gửi về Y tá Nhà trường.**

Họ tên Học sinh (Họ, Tên, Chữ lót)		Ngày sinh	Giới tính
Địa chỉ (Tên đường)	Sắc tộc/Chủng tộc		
(Mã thành phố và mã Zip)	<input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Da đỏ <input type="checkbox"/> Da trắng, không phải gốc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha/Gốc La-tinh <input type="checkbox"/> Da đen, không phải gốc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Chủng/Sắc Tộc Khác		
Số điện thoại nhà	Số điện thoại di động	Trường học	Lớp
Tên Phụ huynh/Người giám hộ (Họ, Tên, Chữ lót)			
Phương tiện di chuyển			
<input type="checkbox"/> Xe buýt <input type="checkbox"/> Xe hơi <input type="checkbox"/> Xe buýt theo nhu cầu đặc biệt <input type="checkbox"/> Chương trình ngoại khóa			

Phần I – Thông tin sức khỏe

Nơi thường chăm sóc sức khỏe con quý vị:	Nơi thường chăm sóc sức khỏe răng miệng con em quý vị:	Loại Bảo hiểm của con em quý vị:
<input type="checkbox"/> Bộ Y tế <input type="checkbox"/> Phòng khám chữa bệnh của bệnh viện <input type="checkbox"/> Trung tâm Y tế Cộng đồng <input type="checkbox"/> Bác sĩ tư/Tổ chức Duy trì Sức khỏe (Health Maintenance Organization - HMO) <input type="checkbox"/> Nơi Khác _____ <input type="checkbox"/> Nơi không thường xuyên	<input type="checkbox"/> Bộ Y tế <input type="checkbox"/> Phòng khám chữa bệnh của bệnh viện <input type="checkbox"/> Trung tâm Y tế Cộng đồng <input type="checkbox"/> Bác sĩ tư/Tổ chức Duy trì Sức khỏe (Health Maintenance Organization - HMO) <input type="checkbox"/> Nơi Khác _____ <input type="checkbox"/> Nơi không thường xuyên	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Không có bảo hiểm <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư <input type="checkbox"/> ALLKIDS <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Khác: _____
Họ tên Bác sĩ: _____	Họ tên Nha sĩ: _____	
Địa chỉ: _____	Địa chỉ: _____	
Điện thoại: _____	Điện thoại: _____	

Cho phép:

- TÔI** cho phép y tá nhà trường, y tá chính thức (registered nurse (RN)), y tá được cấp giấy phép thực hành (licensed practical nurse (LPN)), trao đổi với (các) bác sĩ nếu có thắc mắc về tình trạng y tế của con em tôi.
- TÔI KHÔNG** cho phép y tá nhà trường, y tá chính thức (registered nurse (RN)), y tá được cấp giấy phép thực hành (licensed practical nurse (LPN)), trao đổi với (các) bác sĩ nếu có thắc mắc về tình trạng y tế của con em tôi.
- TÔI** cho phép con em mình được tham gia vào mọi chương trình khám bệnh của nhà trường, như kiểm tra thị lực, thính lực và vệ sinh răng miệng.
- TÔI** cho phép cuộc kiểm tra thường niên về Giấy chứng nhận Tiêm ngừa (Certificate of Immunization (Giấy xanh (Blue Slip))) của Bộ Y tế Công cộng địa phương.

FOR OFFICE USE ONLY Acuity Scale:			
Level A Nursing Dependent	Level B Medically Fragile	Level C Medically Complex	Level D Health Concerns



**Bản đánh giá sức khỏe học sinh của
Bộ Giáo dục bang Alabama
Niên Học: 2021 - 2022**



Phần II – Bệnh sử

<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE (Nếu không có, xin vui lòng bỏ qua đến cuối trang và ký tên phụ huynh/người giám hộ.)	
<input type="checkbox"/> Rối loạn giảm chú ý (Attention Deficit Disorder (ADD)) HOẶC <input type="checkbox"/> Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))	<input type="checkbox"/> Yêu cầu dùng thuốc? (Phải có sự cho phép dùng thuốc từ bác sĩ) <input type="checkbox"/> Cung cấp tại trường?
<input type="checkbox"/> Đị ứng: Vui lòng nêu rõ: <input type="checkbox"/> Thức ăn _____ <input type="checkbox"/> Côn trùng _____ <input type="checkbox"/> Môi trường _____ <input type="checkbox"/> Thuốc _____	<input type="checkbox"/> Phát ban? <input type="checkbox"/> Vấn đề hô hấp? <input type="checkbox"/> Ống tiêm Epinephrine tự động? (Phải có sự cho phép dùng thuốc từ bác sĩ)
<input type="checkbox"/> Hen suyễn:	<input type="checkbox"/> Học sinh có dùng ống thuốc hít ở trường? <small>(Phải có sự cho phép dùng thuốc từ bác sĩ)</small> <input type="checkbox"/> Học sinh có dùng ống thuốc hít ở nhà?
<input type="checkbox"/> Vấn đề về đường máu: (Bảng huyết, bệnh Von Willebrand, chảy máu mũi thường xuyên)	<input type="checkbox"/> Yêu cầu dùng thuốc? Vui lòng giải thích: <small>(Phải có sự cho phép dùng thuốc từ bác sĩ)</small>
<input type="checkbox"/> Ung thư/Ung thư bạch cầu:	Vui lòng giải thích:
<input type="checkbox"/> Liệt não:	Vui lòng giải thích:
<input type="checkbox"/> Xơ hóa nang:	Vui lòng giải thích:
<input type="checkbox"/> Vấn đề nha khoa:	<input type="checkbox"/> Nẹp răng? HOẶC Vui lòng giải thích:
<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường: (Phải có sự cho phép dùng thuốc và quy trình từ bác sĩ) <input type="checkbox"/> Tiểu đường loại 1 <input type="checkbox"/> Tiểu đường loại 2	<input type="checkbox"/> Theo dõi lượng đường huyết ở trường? <input type="checkbox"/> Cần dùng Insulin tại trường? <input type="checkbox"/> Sử dụng Glucagon? <input type="checkbox"/> Sử dụng máy bơm Insulin? <input type="checkbox"/> Chế độ ăn uống có kiểm soát?
<input type="checkbox"/> Cảm xúc/Hành vi/Tâm lý: Vui lòng giải thích:	
<input type="checkbox"/> Vấn đề tiêu hóa/Dạ dày: Vui lòng giải thích: Vui lòng giải thích:	
<input type="checkbox"/> Rối loạn di truyền: Vui lòng giải thích:	
<input type="checkbox"/> Đau đầu: Vui lòng giải thích:	
<input type="checkbox"/> Vấn đề thính lực:	<input type="checkbox"/> Tai phải <input type="checkbox"/> Tai trái <input type="checkbox"/> Cả hai tai <input type="checkbox"/> Ống nghe <input type="checkbox"/> Mất thính lực? <input type="checkbox"/> Trợ thính? <input type="checkbox"/> Cấy ghép ốc tai
<input type="checkbox"/> Tình trạng tim mạch: Vui lòng giải thích: Có hạn chế hoạt động nào hay không? Có thuốc nào chỉ dùng tại nhà hay không?	
<input type="checkbox"/> Cao huyết áp:	
<input type="checkbox"/> Thấp khớp trẻ em/Vấn đề về khớp xương: Vui lòng giải thích:	
<input type="checkbox"/> Vấn đề về thận: Vui lòng giải thích:	
<input type="checkbox"/> Vẹo cột sống:	<input type="checkbox"/> Không chữa trị <input type="checkbox"/> Đeo nẹp <input type="checkbox"/> Phẫu thuật
<input type="checkbox"/> Động kinh/Co giật: Vui lòng giải thích:	Loại động kinh: _____ <input type="checkbox"/> Sử dụng Diastat
<input type="checkbox"/> Thiếu máu do thiếu hồng cầu hình liềm:	
<input type="checkbox"/> Nứt đốt sống:	
<input type="checkbox"/> Chế độ dinh dưỡng đặc biệt: Vui lòng giải thích:	
<input type="checkbox"/> Vấn đề thị lực:	<input type="checkbox"/> Đeo kính <input type="checkbox"/> Đeo kính sát tròng <input type="checkbox"/> Khác, _____
<input type="checkbox"/> Các vấn đề sức khỏe khác: Vui lòng liệt kê <u>mọi</u> loại thuốc chỉ dùng ở nhà.	

Phần III – Thiết bị/quy trình y Khoa Theo yêu cầu tại Nhà trường

<input type="checkbox"/> Ống thông tiểu	<input type="checkbox"/> Ống dạ dày	<input type="checkbox"/> Máy phun sương y tế	<input type="checkbox"/> Thiết bị hỗ trợ oxy	<input type="checkbox"/> Ống mở khí quản
<input type="checkbox"/> Thiết bị kích thích thần kinh (Vagal Nerve Stimulator (VNS))	<input type="checkbox"/> Máy thở	<input type="checkbox"/> Xe lăn	<input type="checkbox"/> Nạng có bánh xe	

Chữ ký bắt buộc

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ: _____	Ngày: _____
Chữ ký của y tá nhà trường: _____	Ngày: _____



Alabama 주 교육부
건강평가 기록
학년도: 2021 - 2022



학부모 또는 보호자님께:

이 양식의 목적은 귀하의 자녀의 보건 니즈에 관련된 추가 정보를 학교 간호사에게 제공하기 위한 것입니다. 상세 정보를 위해 학교 간호사가 귀하에게 연락할 수 있습니다. 요청된 정보는 귀하의 자녀의 보건 니즈를 충족하기 위해 학교 간호사에게 반드시 필요합니다.

본 정보는 엄격하게 대외비로 유지될 것입니다.

학부모/보호자가 작성할 것.

인쇄체로 작성해 주십시오. 양식을 학교 간호사에게 제출하십시오.

학생의 이름(성, 이름, 중간이름)		생년월일	성별
주소(번지)		인종/민족	
(시 및 우편번호)		<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 백인(히스패닉계가아닌) <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 히스패닉/라티노 <input type="checkbox"/> 흑인(히스패닉계가아닌) <input type="checkbox"/> 기타	
자택 전화번호	휴대폰 번호	학교	학년
학부모/보호자의 이름(성, 이름, 중간이름)			
교통 수단			
<input type="checkbox"/> 버스 이용자 <input type="checkbox"/> 승용차 이용자 <input type="checkbox"/> 특별 니즈 버스 <input type="checkbox"/> 방과후 프로그램			

파트 I - 건강 정보

귀자녀가 정기 건강 관리를 받는 곳: <input type="checkbox"/> 보건부 <input type="checkbox"/> 병원 클리닉 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 보건센터 <input type="checkbox"/> 개인 주치의/HMO <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 정규 장소 없음 의사이름: _____ 주소: _____ 전화번호: _____	귀자녀가 정기 치아관리를 받는 곳: <input type="checkbox"/> 보건부 <input type="checkbox"/> 병원 클리닉 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 보건센터 <input type="checkbox"/> 개인 주치의/HMO <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 정규 장소 없음 치과 의사 이름: _____ 주소: _____ 전화번호: _____	귀자녀가 갖고 있는 보험 종류: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 보험 없음 <input type="checkbox"/> 개인 보험 <input type="checkbox"/> ALLKIDS <input type="checkbox"/> 기타: _____
---	--	---

승인:

본인은 본인 아이의 의학적 상태에 대한 문제가 발생하는 경우 학교 간호사, 공인간호사 (registered nurse (RN)) 또는 간호조무사 (licensed practical nurse (LPN))가 의사(들)와 상의하는 것을 승인합니다.

본인은 본인 아이의 의학적 상태에 대한 문제가 발생하는 경우 학교 간호사, RN 또는 LPN 이 의사(들)와 상의하는 것을 승인하지 않습니다.

본인은 본인 아이가 시력, 청력 및 척추측만 같은 모든 학교 건강 검진에 참가하는 것을 승인합니다.

지역공중보건본인은 지역 공중보건부 (Public Health Department)에 의한 내 아이의 예방접종 증명서 블루 슬립 (Certificate of Immunization (Blue Slip))에 대한 연례 검토를 승인합니다. 건부 (Public Health Department)에 의한 내 아이의 예방접종 증명서 (블루 슬립) (Certificate of Immunization (Blue Slip))에 대한 연례 검토를 승인합니다.

FOR OFFICE USE ONLY			
Acuity Scale:			
Level A Nursing Dependent	Level B Medically Fragile	Level C Medically Complex	Level D Health Concerns



Alabama 주 교육부
건강평가 기록
학년도: 2021 - 2022



파트 II - 병력

<input type="checkbox"/> 알려진 건강 문제 없음 (‘아니오’인 경우, 이 페이지의 하단으로 바로 가서 학부모/보호자 서명을 해 주십시오.)	
<input type="checkbox"/> 주의력 결핍 장애(Attention Deficit Disorder (ADD) 또는 <input type="checkbox"/> 주의력결핍과다활동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ADHD) <input type="checkbox"/> 알레르기: 구체적으로 기재하십시오. <input type="checkbox"/> 음식 _____ <input type="checkbox"/> 곤충 _____ <input type="checkbox"/> 환경 _____ <input type="checkbox"/> 약품 _____ <input type="checkbox"/> 천식: <input type="checkbox"/> 출혈 문제: (혈우병, 폰빌레브란드병, 잦은 코피) <input type="checkbox"/> 암/백혈병: <input type="checkbox"/> 뇌성마비: <input type="checkbox"/> 남성성유증: <input type="checkbox"/> 치아 문제: <input type="checkbox"/> 당뇨병:(의사의 투약 및 처치 승인이 요구됩니다) <input type="checkbox"/> 제 1 형 당뇨병 <input type="checkbox"/> 제 2 형 당뇨병 <input type="checkbox"/> 정서적/행동적/심리적: 자세히 기술해 주십시오. <input type="checkbox"/> 위장관/위장 문제: 자세히 기술해 주십시오. <input type="checkbox"/> 유전장애: 자세히 기술해 주십시오. <input type="checkbox"/> 두통: 자세히 기술해 주십시오. <input type="checkbox"/> 청력 문제: <input type="checkbox"/> 오른쪽 귀 <input type="checkbox"/> 왼쪽 귀 <input type="checkbox"/> 양쪽 귀 <input type="checkbox"/> 귀인두관 <input type="checkbox"/> 청력 상실? <input type="checkbox"/> 보청기? <input type="checkbox"/> 와우이식 <input type="checkbox"/> 심장병: 설명하십시오. 활동의 제약을 받습니까? 집에서만 투약합니까? <input type="checkbox"/> 고혈압(높은 혈압): <input type="checkbox"/> 소아 관절염/뼈-관절 문제: 자세히 기술해 주십시오. <input type="checkbox"/> 신장 문제: 자세히 기술해 주십시오. <input type="checkbox"/> 척추 측만증: <input type="checkbox"/> 치료 안 함 <input type="checkbox"/> 치열교정기 착용 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 발작/경련: 자세히 기술해 주십시오. 발작 타입: _____ <input type="checkbox"/> 디아스타제 주문 <input type="checkbox"/> 경상적혈구빈혈: <input type="checkbox"/> 척추갈림증: <input type="checkbox"/> 특별 식이요법: 자세히 기술해 주십시오. <input type="checkbox"/> 시력 문제: <input type="checkbox"/> 안경 착용 <input type="checkbox"/> 콘택트렌즈착용 <input type="checkbox"/> 기타, _____ <input type="checkbox"/> 기타 의학적 상태: 집에서만 투여하는 약이 있으면 모두 포함시키십시오.	<input type="checkbox"/> 투약이 요구됩니까? (의사의 투약 승인이 요구됩니다) <input type="checkbox"/> 학교에 있는 동안 투여해야 합니까? <input type="checkbox"/> 두드러기/발진? <input type="checkbox"/> 호흡곤란? <input type="checkbox"/> Epi-pen? (의사의 투약 승인이 요구됩니다) <input type="checkbox"/> 아이가 학교에서 흡입기를 사용합니까? (의사의 투약 승인이 요구됩니다) <input type="checkbox"/> 아이가 집에서 흡입기를 사용합니까? <input type="checkbox"/> 약이 요구됩니까? 설명해 주십시오: (의사의 투약 승인이 요구됩니다) 자세히 기술해 주십시오. 자세히 기술해 주십시오. 자세히 기술해 주십시오. <input type="checkbox"/> 치열교정기? 아니면 설명하십시오: <input type="checkbox"/> 학교에 있는 동안 혈당 모니터링? <input type="checkbox"/> 학교에서 인슐린이 요구됩니까? <input type="checkbox"/> 글루카곤 주문? <input type="checkbox"/> 인슐린 펌프? <input type="checkbox"/> 식이요법으로 관리?

파트 III - 학교에서 요구되는 의료 장비/처치

<input type="checkbox"/> 카테터	<input type="checkbox"/> 위장관 튜브	<input type="checkbox"/> 분무기 치료	<input type="checkbox"/> 산소 보충기
<input type="checkbox"/> 미주신경 자극장치(Vagal Nerve Stimulator (VNS))	<input type="checkbox"/> 인공호흡기	<input type="checkbox"/> 휠체어	<input type="checkbox"/> 기관절개술
		<input type="checkbox"/> 보행기	

요구되는 서명

학부모 또는 보호자 서명: _____	날짜: _____
학교 간호사 서명: _____	날짜: _____



Alabama 教育局
健康評估記錄
 學年： 2021 - 2022



給家長或監護人：

此表單的目的是將有關貴子弟健康需求的其他資訊提供給學校護士了解。學校護士可向您聯絡了解進一步的資訊。要求您提供的資訊對於學校護士是否能為貴子弟提供符合健康需要的服務非常重要。

此資訊將會嚴格保密。
由家長或監護人完成。
請列印出來。交還給學校護士。

學生姓名 (姓氏、名字、中間名)		出生日期	性別
地址 (街道)		種族/族群	
(城市及郵遞區號)		<input type="checkbox"/> 美洲印地安人 <input type="checkbox"/> 白人·非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 黑人·非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 其他	
住家電話號碼	行動電話號碼	學校	年級
家長/監護人姓名 (姓氏、名字、中間名)			
交通需求			
<input type="checkbox"/> 搭乘巴士 <input type="checkbox"/> 搭乘汽車 <input type="checkbox"/> 特別需求巴士 <input type="checkbox"/> 課後輔導課程			

第 I 部分 – 健康資訊

<p>指出貴子弟接受定期保健服務的場所：</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生部門</p> <p><input type="checkbox"/> 醫院門診</p> <p><input type="checkbox"/> 社區健康中心</p> <p><input type="checkbox"/> 私人醫師/HMO</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 無定期場所</p> <p>醫師姓名： _____</p> <p>地址： _____</p> <p>電話： _____</p>	<p>指出貴子弟接受定期牙齒保健服務的場所：</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生部門</p> <p><input type="checkbox"/> 醫院門診</p> <p><input type="checkbox"/> 社區健康中心</p> <p><input type="checkbox"/> 私人醫師/HMO</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 無定期場所</p> <p>牙醫師姓名： _____</p> <p>地址： _____</p> <p>電話： _____</p>	<p>貴子弟投保的保險類型：</p> <p><input type="checkbox"/> 醫療輔助</p> <p><input type="checkbox"/> 沒有保險</p> <p><input type="checkbox"/> 私人保險</p> <p><input type="checkbox"/> ALLKIDS</p> <p><input type="checkbox"/> 其他： _____</p>
---	--	--

授權：

本人 授權學校護士、註冊護士 (registered nurse (RN)) 或持證執業護士 (licensed practical nurse (LPN)) 在本人子女的健康發生問題時，可與醫師討論病情。

本人 不授權學校護士、註冊護士或持證執業護士在本人子女的健康發生問題時，可與醫師討論病情。

本人 授權本人子女可參加學校所有的健康篩檢，例如視力、聽力和脊椎側彎等檢查。

本人 授權地方衛生保健部門 (Public Health Department) 可每年檢閱本人子女的免疫證明書 (檢驗單) (Certificate of Immunization (Blue Slip))。

FOR OFFICE USE ONLY			
Acuity Scale:			
Level A Nursing Dependent	Level B Medically Fragile	Level C Medically Complex	Level D Health Concerns



Alabama 教育局
健康評估記錄
 學年： 2021 - 2022



第 II 部分 – 醫療記錄

<input type="checkbox"/> 無已知健康問題	
(如果沒有已知健康問題，請直接到此頁最下面並且在家長/監護人上面簽名。)	
<input type="checkbox"/> 注意力不足症 (Attention Deficit Disorder (ADD)) 或 <input type="checkbox"/> 注意力不足過動症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))	<input type="checkbox"/> 需要服用藥物？ (需要醫師的藥物授權許可) <input type="checkbox"/> 在上課時提供藥物？
<input type="checkbox"/> 過敏：請指明： <input type="checkbox"/> 食物 _____ <input type="checkbox"/> 昆蟲 _____ <input type="checkbox"/> 環境 _____ <input type="checkbox"/> 藥物 _____	<input type="checkbox"/> 出蕁麻疹/疹子？ <input type="checkbox"/> 呼吸困難？ <input type="checkbox"/> Epi-pen (腎上腺素注射器)？ (需要醫師的藥物授權許可)
<input type="checkbox"/> 氣喘：	<input type="checkbox"/> 貴子弟在學校使用吸入器嗎？ (需要醫師的授權許可) <input type="checkbox"/> 貴子弟在家中使用吸入器嗎？
<input type="checkbox"/> 出血問題： (血友病、血管性血友病、經常性流鼻血)	<input type="checkbox"/> 需要服用藥物？請解釋： (需要醫師的藥物授權許可)
<input type="checkbox"/> 癌症/血癌：	請解釋：
<input type="checkbox"/> 腦性麻痺：	請解釋：
<input type="checkbox"/> 囊性纖維化：	請解釋：
<input type="checkbox"/> 牙齒問題：	<input type="checkbox"/> 配戴牙齒矯正器？或者請解釋：
<input type="checkbox"/> 糖尿病： (需要醫師的藥物及程序授權許可) <input type="checkbox"/> 第一型糖尿病 <input type="checkbox"/> 第二型糖尿病	<input type="checkbox"/> 在學校中監控血糖？ <input type="checkbox"/> 需要在學校注射胰島素？ <input type="checkbox"/> 昇糖激素？ <input type="checkbox"/> 胰島素泵浦？ <input type="checkbox"/> 飲食管理？
<input type="checkbox"/> 情緒 / 行為 / 心理： 請解釋：	
<input type="checkbox"/> 腸胃方面的問題： 請解釋：	
<input type="checkbox"/> 基因性疾病： 請解釋：	
<input type="checkbox"/> 頭痛： 請解釋：	
<input type="checkbox"/> 聽力問題：	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 兩耳 <input type="checkbox"/> 耳管 <input type="checkbox"/> 聽力喪失？ <input type="checkbox"/> 助聽器？ <input type="checkbox"/> 人工耳蝸植入
<input type="checkbox"/> 心臟狀況： 請解釋：是否有任何活動限制？是否有任何只在家中服用的藥物？	
<input type="checkbox"/> 高血壓：	
<input type="checkbox"/> 兒童風濕性關節炎/骨關節問題： 請解釋：	
<input type="checkbox"/> 腎臟問題： 請解釋：	
<input type="checkbox"/> 脊椎側彎：	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 穿戴背架 <input type="checkbox"/> 手術治療
<input type="checkbox"/> 全身抽搐 / 癲癇： 請解釋：	發作類型： _____ <input type="checkbox"/> Diastat (地西洋直腸凝膠) 處方
<input type="checkbox"/> 鎌刀型貧血症：	
<input type="checkbox"/> 脊柱分裂：	
<input type="checkbox"/> 特殊飲食： 請解釋：	
<input type="checkbox"/> 視力問題：	<input type="checkbox"/> 戴眼鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 其他： _____
<input type="checkbox"/> 其他健康問題： 請包括任何只在家中服用的藥物。	

第 III 部分 – 學校需要的醫療設備/過程

<input type="checkbox"/> 導尿管	<input type="checkbox"/> 鼻胃管	<input type="checkbox"/> 氣霧器治療	<input type="checkbox"/> 氧氣補充	<input type="checkbox"/> 氣管造口術
<input type="checkbox"/> 迷走神經刺激器 (VNS)	<input type="checkbox"/> 呼吸機	<input type="checkbox"/> 輪椅	<input type="checkbox"/> 助行器	

必要簽名

家長或監護人簽名： _____	日期： _____
學校護士簽名： _____	日期： _____



ولاية Alabama وزارة التعليم،
سجل تقييم الحالة الصحية
العام الدراسي: 2021 - 2022



إلى ولي الأمر أو الوصي:
إن الغرض من هذا النموذج هو توفير معلومات إضافية لمرضة المدرسة بشأن الاحتياجات الصحية لطفلك. قد تتصل بك ممرضة المدرسة لتوفير مزيد من المعلومات. تعتبر المعلومات المطلوبة ضرورية لكي تلبي ممرضة المدرسة الاحتياجات الصحية لطفلك.

ستظل هذه المعلومات سرية للغاية.
يتم إكمالها بواسطة ولي الأمر/الوصي.
يرجى الطباعة. يرجى إرجاع هذا النموذج لمرضة المدرسة.

الجنس	تاريخ الميلاد	اسم الطالب (اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط)	
العنوان (الشارع)	الجنس/العرق	رقم الهاتف المحمول	رقم هاتف المنزل
(المدينة والرمز البريدي)	<input type="checkbox"/> أمريكي من أصل هندي <input type="checkbox"/> أسويي <input type="checkbox"/> أسود، ليس من أصل إسباني <input type="checkbox"/> أبيض، ليس من أصل إسباني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني <input type="checkbox"/> أخرى	رقم الهاتف المحمول	رقم هاتف المنزل
اسم ولي الأمر/الوصي (اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط)			

وسائل المواصلات	الحافلة	السيارة	الحافلة
<input type="checkbox"/> الحافلة المخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة <input type="checkbox"/> برنامج ما بعد اليوم الدراسي	<input type="checkbox"/> الحافلة	<input type="checkbox"/> السيارة	<input type="checkbox"/> الحافلة

القسم الأول - معلومات صحية

أذكر مكان تلقي طفلك لخدمات الرعاية الصحية العادية: _____
أذكر مكان تلقي طفلك لخدمات العناية بالأسنان العادية: _____
نوع التأمين الذي يحصل عليه طفلك: _____

الإدارة الصحية	الإدارة الصحية	التأمين
<input type="checkbox"/> مستشفى/عيادة <input type="checkbox"/> مركز صحة المجتمع <input type="checkbox"/> طبيب خاص/مؤسسة رعاية صحية (HMO) <input type="checkbox"/> أخرى _____ <input type="checkbox"/> لا يوجد مكان منتظم	<input type="checkbox"/> الإدارة الصحية <input type="checkbox"/> مستشفى/عيادة <input type="checkbox"/> مركز صحة المجتمع <input type="checkbox"/> طبيب خاص/مؤسسة رعاية صحية (HMO) <input type="checkbox"/> أخرى _____ <input type="checkbox"/> لا يوجد مكان منتظم	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> بلا تأمين <input type="checkbox"/> تأمين خاص <input type="checkbox"/> تأمين شامل (ALLKIDS) <input type="checkbox"/> أخرى: _____

اسم الطبيب: _____	اسم طبيب الأسنان: _____
العنوان: _____	العنوان: _____
الهاتف: _____	الهاتف: _____

التفويضات:

- أفوض أنا ممرضة المدرسة، سواء كانت الممرضة المسجلة (RN) أو الممرضة الممارسة المعتمدة (LPN)، للتحدث مع الطبيب (الأطباء) إذا كان هناك أسئلة عن الظروف الصحية لطفلي.
- لا أفوض ممرضة المدرسة، سواء كانت الممرضة المسجلة (RN) أو الممرضة الممارسة المعتمدة (LPN)، للتحدث مع الطبيب (الأطباء) إذا كان هناك أسئلة عن الظروف الصحية لطفلي.
- أفوض أنا طفلي للمشاركة في جميع الفحوصات الطبية بالمدرسة، مثل فحوصات البصر والسمع والجنف (scoliosis).
- أفوض أنا إدارة الصحة العامة (Public Health Department) المحلية لإجراء المراجعة السنوية لشهادة تطعيم طفلي (Certificate of Immunization) (القسيمة الزرقاء (Blue Slip)).

للاستخدام داخل المكتب فقط
مقياس الحدة:

المستوى "ب" ضعيف طينياً	المستوى "ج" معتد طينياً	المستوى "د" المخاوف الصحية
----------------------------	----------------------------	-------------------------------



ولاية Alabama وزارة التعليم،
سجل تقييم الحالة الصحية
العام الدراسي: 2021 - 2022



القسم الثاني - السجل الطبي

<input type="checkbox"/> لا توجد مشكلات صحية معروفة (في حالة عدم وجود مشكلات صحية معروفة، يُرجى الانتقال مباشرة إلى أسفل الصفحة وتقديم توقيع ولي الأمر/الوصي.)	
<input type="checkbox"/> هل يلزم تناول الأدوية؟ (يلزم الحصول على إذن بتناول الأدوية من الطبيب) <input type="checkbox"/> هل سيعطى العلاج أثناء التواجد في المدرسة؟	<input type="checkbox"/> اضطراب نقص الانتباه (Attention Deficit Disorder (ADD)) أو <input type="checkbox"/> اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))
<input type="checkbox"/> حساسية للجلد/طفح جلدي؟ <input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس؟ <input type="checkbox"/> هل تناولت إيبى بين؟ (يلزم الحصول على إذن بتناول الأدوية من الطبيب)	<input type="checkbox"/> حالات الحساسية: يُرجى التحديد: <input type="checkbox"/> الطعام <input type="checkbox"/> الحشرات <input type="checkbox"/> بيئية <input type="checkbox"/> الأدوية
<input type="checkbox"/> هل يستخدم الطفل منشفة في المدرسة؟ (يلزم الحصول على إذن من الطبيب) <input type="checkbox"/> هل يستخدم طفلك منشفة في المنزل؟	<input type="checkbox"/> مرض الربو:
<input type="checkbox"/> هل يلزم أدوية؟ يُرجى التوضيح: (يلزم الحصول على إذن بتناول الأدوية من الطبيب)	<input type="checkbox"/> مشكلات النزيف: <input type="checkbox"/> (الهيموفيليا، مرض فون ويل براند، نزيف متكرر من الأنف)
<input type="checkbox"/> يُرجى التوضيح:	<input type="checkbox"/> السرطان/سرطان الدم:
<input type="checkbox"/> يُرجى التوضيح:	<input type="checkbox"/> الشلل الدماغي:
<input type="checkbox"/> يُرجى التوضيح:	<input type="checkbox"/> التليف الكيسي:
<input type="checkbox"/> هل توجد أجهزة تقويم؟ أو، يُرجى التوضيح:	<input type="checkbox"/> مشكلات الأسنان:
<input type="checkbox"/> هل يتم قياس سكريات الدم أثناء التواجد في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> هل يلزم تناول الأنسولين في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> هل يتم طلب تناول جلوكاجون؟ <input type="checkbox"/> مضخة الأنسولين؟ <input type="checkbox"/> هل يتم الالتزام بنظام غذائي؟	<input type="checkbox"/> السكري: (يلزم الحصول على إذن بتناول الأدوية وإجراء العمليات من الطبيب) <input type="checkbox"/> مرضى السكري من النوع 1 <input type="checkbox"/> مرضى السكري من النوع 2
<input type="checkbox"/> الأعراض العاطفية/السلوكية/النفسية: يُرجى التوضيح:	
<input type="checkbox"/> مشكلات الجهاز الهضمي/المعدة: يُرجى التوضيح:	
<input type="checkbox"/> الاضطراب الوراثي: يُرجى التوضيح:	
<input type="checkbox"/> حالات الصداع: يُرجى التوضيح:	
<input type="checkbox"/> الأذنين اليمنى <input type="checkbox"/> هل يوجد فقد في السمع	<input type="checkbox"/> الأذنين اليسرى <input type="checkbox"/> هل يتم ارتداء سماعات أذن
<input type="checkbox"/> أنابيب الأذن <input type="checkbox"/> زراعة قوقعة الأذن	<input type="checkbox"/> كلتا الأذنين <input type="checkbox"/> زراعة قوقعة الأذن
<input type="checkbox"/> حالة القلب: يُرجى التوضيح: هل توجد أية قيود على النشاط؟ هل توجد أية أدوية يتم تناولها في المنزل فقط؟	
<input type="checkbox"/> فرط الضغط (ارتفاع ضغط الدم):	
<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل/مشكلات العظام والمفاصل: للأحداث يُرجى التوضيح:	
<input type="checkbox"/> مشكلات الكليتين: يُرجى التوضيح:	
<input type="checkbox"/> لا يوجد علاج <input type="checkbox"/> هل يتم ارتداء جهاز تقويم <input type="checkbox"/> الجراحة	<input type="checkbox"/> الجف (Scoliosis): <input type="checkbox"/> النوبات/التشنجات: يُرجى التوضيح:
<input type="checkbox"/> نوع النوبة: <input type="checkbox"/> طلب الحصول على دياستات	<input type="checkbox"/> أنيميا الخلايا المنجلية:
<input type="checkbox"/> مرض الصلب المشقوق (Spina Bifida):	
<input type="checkbox"/> نظام غذائي خاص: يُرجى التوضيح:	
<input type="checkbox"/> ارتداء النظارات <input type="checkbox"/> ارتداء العدسات اللاصقة <input type="checkbox"/> أخرى، _____	<input type="checkbox"/> مشكلات في الإبصار:
<input type="checkbox"/> ظروف طبية أخرى: يُرجى ذكر أية أدوية تُعطى في المنزل فقط.	

القسم الثالث - الأجهزة الطبية/الإجراءات المطلوبة في المدرسة

<input type="checkbox"/> القسطرة <input type="checkbox"/> جهاز تنبيه العصب المبهم (VNS)	<input type="checkbox"/> أجهزة البخار المستخدمة لعلاج حالات الربو <input type="checkbox"/> وحدة تهوية	<input type="checkbox"/> مزود الأكسجين <input type="checkbox"/> كرسي متحرك	<input type="checkbox"/> القصبية الهوائية الصناعية <input type="checkbox"/> مشاية
--	--	---	--

التوقيعات المطلوبة

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور) أو الوصي: _____ التاريخ: _____
توقيع ممرضة المدرسة: _____ التاريخ: _____