



学生紧急情况/医疗信息表/ **Student Emergency /Medical Information**

Last 姓/Last Name: _____ First

Name: _____ 名/First Name: _____ 出生日期/DOB: _____

Name: _____ DOB: _____

学校/School: _____

School: _____ Room/Sec: _____

Grade: _____

教室/部分/Room/Sec: _____ 年级/Grade: _____

Home 家庭住址/Home Address: Address: _____

_____ 家庭电话/Home Home phone: phone: _____

母亲/Mother: Mother: _____ email: _____

电子邮件/email: _____ phone: _____ 电话

/phone: _____

父亲/Father: Father: _____ email: _____ 电

子邮件/email: _____ phone: _____ 电话

/phone: _____

监护人/Guardian: Guardian: _____ email: _____

电子邮件/email: _____ phone: _____ 电话

/phone: _____

紧急情况联系人(除父母外)必须住在本地并且可以联系到/**Emergency Emergency contact: Name** 姓名及与学生关系/**Name contacts and Relationship (other than and to parents) Relationship child** 您的签名表示允许我们实施紧急治疗,并允许费城教育局学校护士为您子女给药,让其在上课、外出参观和课后活动期间服用列在此紧急情况表格上的药物。我授权学校护士与我子女的医疗服务提供者 and 我的医疗服务提供者沟通,以便他们根据 需要回答有关我子女护理的问题。

家长/监护人签名/**Parent/Guardian Signature** _____ 日期

/Date _____

S-865 修改件 (2019 年 6 月)

must be local and available contacts (other for contact: than parents) must be local and available for to child Phone

电话/Phone

1. _____



THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

1. _____

2. _____

2. _____

学生的医生/就诊的诊所/Childs Childs Doctor/Clinic:

Phone: _____

____ Doctor/Clinic: _____ 电话/Phone: _____ 医疗保险

/Medical Medical Insurance: Insurance: MA____ CHIP____ 医疗补助/MA____ Private____

CHIP____ 私立/Private____ 保险公司名称/Insurance Insurance company name: company

name: _____ 保单号码

/Policy Policy Number_____

Number _____

请圈出以下选项,允许学校护士为您子 **Please circle below to give permission**

Please 如果您子女符合以下情况,请圈出:

CIRCLE the following if your child: 女给药。

to the school nurse to give your child

对乙酰氨基酚/Acetaminophen **medication.**

是/

否/ (Tylenol)

YES

NO 布洛芬/Ibuprofen Acetaminophen (Advil,

(Tylenol) 是/

YES 否/

NO

Wears: 戴/Wears: Glasses 眼镜/Glasses Hearing 助听器/Hearing aid

aid Has: 患有/Has: Seizures 癫痫/Seizures Diabetes 糖尿病/Diabetes Asthma ADHD

哮喘/Asthma **List Allergies:** 注意力缺乏多动症/ADHD

Food substitution requires a new order yearly from a health care provider: 列出过敏/**List**

Allergies: 替代食品每年需由医疗服务提供者提供新订单 Motrin) Ibuprofen (Advil, Motrin) **YES**

YES NO

NO

Other

Health Problems: _____



其他健康问题/Other Health Problems:

您子女是否服用药物/Does your child take medication?

___ NO ___ 否/NO ___ YES ___ 是/YES (please list)

(请列出/please list)

药物/Medication 剂量/Dose Frequency/Time 频次/时间/Frequency/Time

Reason

原因/Reason

Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info_SHS (Chinese)

非强制性

在校使用非气雾剂外用防晒霜

如果防晒霜经美国食品和药品管理局批准,家长/监护人可以选择提供非气雾剂外用防晒霜给子女使用。为了让学于上课期间在学校赞助的活动中或在学校员工的监督下涂抹防晒霜,家长/监护人必须填写下面的证明。

家长/监护人证

明

- 通过以下签名,您确认自己了解,学校将不负责督促学生涂抹防晒霜。
- 通过以下签名,您确认学生已证明他们有能力自行涂抹防晒霜。

家长/监护人签名/Parent/Guardian Signature: 日期/Date: _____

如果发生以下任何情况,学校可以取消或限制学生携带、涂抹或使用非气雾剂外用防晒霜:

- 学生未遵守有关非气雾剂外用防晒霜携带、涂抹或使用方面的学校规定。
- 学生表示不愿意或无法保证非气雾剂外用防晒霜不被其他学生使用。如果学校取消或限制学生携带、涂抹或使用非气雾剂外用防晒霜,应向学生的家长/监护人发出取消或限制书面通知。



THE SCHOOL DISTRICT OF
PHILADELPHIA

Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info_SHS (Chinese)