



## CẤP CỨU HỌC SINH KHI KHẨN CẤP / THÔNG TIN SỨC KHỎE

Họ/Last Name: \_\_\_\_\_ Tên/First name: \_\_\_\_\_ Ngày

Sinh/DOB: \_\_\_\_\_

Trường/School: \_\_\_\_\_ Phòng/Room/Sec: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Lớp/Grade: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Nhà/Home Address: \_\_\_\_\_ Điện Thoại Nhà/Home Phone: \_\_\_\_\_

Tên Mẹ/Mother: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_ Điện Thoại/Phone: \_\_\_\_\_

Tên Cha/Father: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_ Điện Thoại/Phone: \_\_\_\_\_

Tên Giám Hộ/Guardian: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_ Điện Thoại/Phone: \_\_\_\_\_

**Thông tin liên lạc khi khẩn cấp (không phải của phụ huynh) phải ở trong địa phương và phải sẵn sàng để liên lạc được:**

**Tên Và Quan Hệ Với Trẻ /Name & Relationship to Child Điện Thoại/Phone**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Tên Bác Sĩ/Phòng Khám Của Trẻ/Childs Doctor: \_\_\_\_\_ Điện

Thoại/Phone: \_\_\_\_\_ **Bảo Hiểm Sức Khỏe/Medical Insurance:** MA \_\_\_\_\_ CHIP \_\_\_\_\_ Tư

Nhân/Private \_\_\_\_\_ Tên Hãng Bảo Hiểm/Insurance Company Name: \_\_\_\_\_ Số Chính

Sách/Policy Number: \_\_\_\_\_

**Số Hủy Chính khoan Sách \_\_\_\_\_ tròn dưới đây để cho phép**

Hủy **KHOANH TRÒN** dưới đây nếu con quý vị: **y tá trường cho con quý vị uống thuốc.**

Mang: Kính/Gasses Máy Trợ Thính/Hearing Aid

Acetaminophen (Tylenol) **Được Không**

Bị bệnh: Động Kinh/Seizure Hen Suyễn/Asthma Tiểu Đường/Diabetes

ADHD Ibuprofen (Advil, Motrin) **Được Không**

**Hãy kể ra các bệnh dị ứng/List Allergies:** Đối với thực phẩm thay thế cần phải có lệnh của bác sĩ mỗi năm:

\_\_\_\_\_ **Những Vấn Đề Khác Về**

**Sức Khỏe/Other Health Problems:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Con Quý Vị Có Đang**

**Sử Dụng Thuốc Không? \_\_\_\_\_ KHÔNG/NO \_\_\_\_\_ CÓ/YES (Hãy Kể Ra)**

**Tên Thuốc/Medication Liều Lượng/Dose Thời Gian Uống/Giờ Uống**

**Frequency/Time**

Chữ ký của quý vị cho phép chúng tôi điều trị con em quý vị trong trường hợp khẩn cấp cũng như cho phép vị y tá của Sở cho con quý vị sử dụng những loại thuốc mà quý vị ghi trên đơn khẩn cấp này trong giờ học, trong các chuyến đi thực địa và các hoạt động sau giờ học.

Tôi cho phép vị y tá của trường liên lạc với các bác sĩ chăm sóc sức khỏe của con tôi và bác sĩ của tôi khi cần thiết để hỏi họ những thông tin về việc chăm sóc con tôi.

**Chữ Ký Phụ Huynh/Gia Đình**

\_\_\_\_\_ **Ngày**

**Lý Do/Reason**

*Translation & Interpretation Center Student Emergency/Medical Info\_SHS\_685 Form 6/2019 Vietnamese*



## TÙY CHỌN

### Sử Dụng Kem Chống Nắng Không Phải Bình Xịt Tại Trường

Phụ huynh / người giám hộ có thể cho con mình sử dụng loại **Sản Phẩm Chống Nắng Không Phải Bình Xịt**, nếu được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ chấp thuận. Để học sinh bôi kem chống nắng trong giờ học, tại một hoạt động do nhà trường bảo trợ, hoặc trong khi có sự giám sát của nhân viên nhà trường, phụ huynh / người giám hộ phải điền vào tờ chứng thực dưới đây.

### *Chứng Thực Của Phụ Huynh/Giám Hộ*

- Khi ký tên dưới đây, bạn xác nhận là bạn hiểu trường không chịu trách nhiệm trong việc đảm bảo học sinh có bôi kem chống nắng.
- Khi ký tên dưới đây, bạn xác nhận rằng học sinh có thể tự bôi kem chống nắng.

Chữ Ký Phụ Huynh / Giám Hộ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Ngày/Date: \_\_\_\_\_

Trường có thể hủy bỏ hoặc hạn chế việc sở hữu hoặc sử dụng sản phẩm chống nắng không phải bình xịt của học sinh nếu có bất kỳ trường hợp nào sau đây xảy ra:

- Học sinh không tuân thủ nội quy của trường liên quan đến việc sở hữu hoặc sử dụng sản phẩm chống nắng không phải bình xịt.
- Học sinh có biểu hiện không sẵn lòng hoặc không có khả năng cất giữ sản phẩm chống nắng không phải bình xịt để các học sinh khác không thể lấy xài.

Nếu trường hủy bỏ hoặc hạn chế việc sở hữu hoặc sử dụng sản phẩm chống nắng không phải bình xịt của học sinh, nhà trường sẽ gửi thư thông báo về việc hủy bỏ hoặc hạn chế cho phụ huynh / người giám hộ của học sinh.



THE SCHOOL DISTRICT OF  
PHILADELPHIA

*Translation & Interpretation Center Student Emergency/Medical Info\_SHS\_685 Form 6/2019 Vietnamese*