

**SỞ GIÁO DỤC PHILADELPHIA  
THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE HỌC SINH**

<b>HỌ/LAST NAME</b>	<b>TÊN/FIRST NAME</b>	<b>NGÀY SINH/DATE OF BIRTH:</b>	<b>NGÀY/DATE:</b>
<b>TÊN TRƯỜNG/NAME OF SCHOOL</b>		<b>PHÒNG/ROOM/SECTION:</b>	<b>CẤP LỚP/GRADE:</b>

Kính Gởi Quý Phụ Huynh/Giám Hộ:

Luật pháp tiểu bang Pennsylvania quy định là tất cả học sinh đều phải được khám sức khỏe toàn bộ khi nhập học lần đầu tiên và khi vào trường phổ thông cơ sở và phổ thông trung học.

Vị y tá trường sẽ cho quý vị biết những thông tin về bảo hiểm sức khỏe. Có những chương trình bảo hiểm sức khỏe miễn phí và rẻ tiền cho những gia đình nào đủ tiêu chuẩn. Khi nào quý vị dẫn con mình đi khám sức khỏe, xin quý vị hãy đem đơn này đến bác sĩ hoặc phòng khám và gửi trả lại đơn đã điền cho vị y tá trường vào ngày\_\_\_\_\_.

**Tôi ủy quyền cho vị y tá trường được phép trao đổi liên hệ với bác sĩ của con tôi và nếu cần trả lời những vấn đề liên quan đến sức khỏe của con tôi.**

**Chữ Ký Phụ Huynh/Giám Hộ** \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**HỒ SƠ SỨC KHỎE HỌC SINH – DO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ ĐIỀN VÀO**

1. Con quý vị có bảo hiểm sức khỏe hay không/Does your child have health insurance?  
 Có/Yes     Không/ No    Công Ty/Company? \_\_\_\_\_
2. Quý vị đưa con mình đi khám sức khỏe ở đâu/Where do you take your child for checkups? \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ/Address: \_\_\_\_\_  
 Điện thoại/Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_
3. Ngày con quý vị khám sức khỏe gần đây nhất/Date of child's last physical examination? \_\_\_\_\_
4. Quý vị đưa con mình đi khám răng ở đâu/Where do you take your child for dental care? \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ/Address: \_\_\_\_\_  
 Điện thoại/Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_
5. Ngày con quý vị khám răng gần đây nhất/Date of child's last dental examination? \_\_\_\_\_
6. Hiện nay con quý vị có đang uống thuốc hay không/Does your child take any medicine now?  
 Có/Yes     Không/No    Nếu có, xin hãy ghi xuống đây/If yes, list below:

THUỐC/MEDICINE	LIỀU LƯỢNG/DOSAGE	THỜI GIAN UỐNG/FREQUENCY	REASON/LÝ DO

7. Con quý vị có bị dị ứng hay không/Does your child have any allergies?     Có/Yes     Không/No  
 Nếu có, là dị ứng gì/If yes, to what \_\_\_\_\_
8. Con quý vị có những hoạt động gì bị hạn chế hay không/Does your child have any activity restrictions?  
 Có/Yes     Không/No    Nếu có, hãy giải thích/If yes, explain? \_\_\_\_\_

9. Con quý vị có còn vấn đề sức khỏe gì không/Does your child have any existing Health Conditions?

Có/Yes     Không    Nếu có, hãy kê ra/If yes, list below:

\_\_\_\_\_

10. Con quý vị có thường xuyên được điều trị/trị liệu hoặc trải qua những cuộc xét nghiệm nào không/Does your child receive treatment/therapy or undergo any testing procedures?     Có/Yes     Không

Nếu có, xin ghi rõ loại xét nghiệm nào và bao nhiêu lần/If yes, please indicate kind and how often taken?

\_\_\_\_\_

11. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không muốn phát thuốc Acetaminophen (Tylenol) cho con quý vị, nếu cần/Check this box if you do not want Acetaminophen (Tylenol) dispensed to your child, as needed:

12. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không muốn phát thuốc Ibuprofen (Motrin) cho con quý vị, nếu cần/Check this box if you do not want Ibuprofen (Motrin) dispensed to your child, as needed:

*Lưu ý quan trọng: SDP có thể phát thuốc Acetaminophen hoặc Ibuprofen cho con quý vị nếu quý vị không phản đối.*

**HÃY ĐÁNH DẤU VÀO Ô ĐỂ CHO BIẾT NHỮNG BỆNH NÀO MÀ CON QUÝ VỊ ĐÃ/ĐANG BỊ  
PLEASE CHECK ANY PROBLEM YOUR CHILD HAS/HAS HAD**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suyễn/Asthma                            | <input type="checkbox"/> Nha khoa/Dental     | <input type="checkbox"/> Nhập viện (Phẫu thuật)     | <input type="checkbox"/> Sinh non (dưới 5 pao)         |
| <input type="checkbox"/> Thiếu máu/Anemia                        | <input type="checkbox"/> Tiểu đường/Diabetes | <input type="checkbox"/> Hospitalized (Surgery)     | <input type="checkbox"/> Premature Birth (Under 5lbs)  |
| <input type="checkbox"/> Thấp khớp/Arthritis                     | <input type="checkbox"/> Ma túy/Rượu         | <input type="checkbox"/> Học chậm                   | <input type="checkbox"/> Động kinh/Seizures            |
| <input type="checkbox"/> Hành vi/Tình cảm/<br>Behavior/Emotional | <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol        | <input type="checkbox"/> Learning problem           | <input type="checkbox"/> Nói chuyện khó khăn           |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn máu                            | <input type="checkbox"/> Bệnh chàm/Eczama    | <input type="checkbox"/> Bệnh phổi/Lung disease     | <input type="checkbox"/> Speech difficulty             |
| <input type="checkbox"/> Blood disorder                          | <input type="checkbox"/> Thường bị cảm       | <input type="checkbox"/> Ngộ độc chì/Lead poisoning | <input type="checkbox"/> Lao/Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Ung thư/Cancer                          | <input type="checkbox"/> Frequent colds      | <input type="checkbox"/> Viêm màng não/Meningitis   | <input type="checkbox"/> Vấn đề về mắt/Vision problems |
| <input type="checkbox"/> Đậu mùa ở tuổi _____                    | <input type="checkbox"/> Lãng tai            | <input type="checkbox"/> Cơ / xương / Khớp          | <input type="checkbox"/> Vấn đề về tiểu tiện/Thận      |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox at age: _____               | <input type="checkbox"/> Hearing Difficulty  | <input type="checkbox"/> Muscle/Bone/Joints         | <input type="checkbox"/> Urinating Problem / Kidney    |
|  | <input type="checkbox"/> Bệnh tim/Heart      | <input type="checkbox"/> Khuyết Tật                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Cao máu             | <input type="checkbox"/> Physical disability        |  |
|  | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure |   |  |

Lời bình bổ sung/Addtional Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_