



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

姓/Last Name: _____ 名/First Name: _____ 出生日期/DOB: _____
 学校/School: _____ 教室/部分/Room/Sec: _____ 年级/Grade: _____

家庭住址/Home Address: _____ 家庭电话/Home phone: _____
 母亲/Mother: _____ 电子邮件/email: _____ 电话/phone: _____
 父亲/Father: _____ 电子邮件/email: _____ 电话/phone: _____
 监护人/Guardian: _____ 电子邮件/email: _____ 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 contacts (other than parents) must be local and available for contact:

姓名及与学生关系/Name and Relationship to child	电话/Phone
1. _____	_____
2. _____	_____

学生的医生/就诊的诊所/Childs Doctor/Clinic: _____ 电话/Phone: _____
医疗保险/Medical Insurance: 医疗补助/MA _____ CHIP _____ 私立/Private _____
 保险公司名称/Insurance company name: _____ 保单号码/Policy Number _____

<p>请圈出以下选项，允许学校护士为您子女给药</p> <table border="1"> <tr> <td>对乙酰氨基酚/Acetaminophen (Tylenol)</td> <td>是/ YES</td> <td>否/ NO</td> </tr> <tr> <td>布洛芬/Ibuprofen (Advil, Motrin)</td> <td>是/ YES</td> <td>否/ NO</td> </tr> </table> <p>我在下面的签名表明我了解这些政策并同意： 紧急医疗和/或牙科护理，包括紧急药物的管理，这可能是保护我孩子的生命或在时间不允许获得我个人同意进行此类护理的情况下防止其健康受损所必需的。我了解我们将尽快与我联系，并将承担授予持续护理许可的责任。</p>	对乙酰氨基酚/Acetaminophen (Tylenol)	是/ YES	否/ NO	布洛芬/Ibuprofen (Advil, Motrin)	是/ YES	否/ NO	<p>如果您子女符合以下情况，请圈出：</p> <p>戴/Wears: 眼镜/Glasses 助听器/Hearing aid 患有/Has: 癫痫/Seizures 糖尿病/Diabetes 哮喘/Asthma 注意力缺乏多动症/ADHD</p> <p>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</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>其他健康问题/Other Health Problems:</p> <p>_____</p>
对乙酰氨基酚/Acetaminophen (Tylenol)	是/ YES	否/ NO					
布洛芬/Ibuprofen (Advil, Motrin)	是/ YES	否/ NO					

您子女是否服用药物/Does your child take medication? ___否/NO ___是/YES (请列出/please list)

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

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，让其在上課、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^和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)

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。为了能让学生在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。