



THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

Экстренная/Медицинская информация учащегося / *Student Emergency /Medical Information*

Фамилия/*Last Name*: _____ Имя/*First Name*: _____ ДР/*DOB*: _____
 Школа/*School*: _____ Комната/*Room/Sec*: _____ Класс/*Grade*: _____

Домашний адрес/*Home Address*: _____ Домашний телефон/*Home phone*: _____
 Мать/*Mother*: _____ е-мейл/*email*: _____ телефон/*phone*: _____
 Отец/*Father*: _____ е-мейл/*email*: _____ телефон/*phone*: _____
 Опекун /*Guardian*: _____ е-мейл/*email*: _____ телефон/*phone*: _____

Экстренные контакты (кроме родителей) должны быть местными и доступными для контакта:
Emergency contacts (other than parents) must be local and available for contact:
Имя и кем приходится ребёнку / *Name and Relationship to child* Телефон /*Phone*
 1. _____
 2. _____

Врач/Клиника/*Childs Doctor/Clinic*: _____ Телефон/*Phone*: _____
Медицинская страховка/*Medical Insurance*: МА ___ CHIP ___ Private ___
 Название страховой компании /*Insurance company name*: _____ № полиса/*Policy Number* _____

Пожалуйста, обведите ниже, чтобы дать разрешение школьной медсестре давать лекарства ребёнку
Please circle below to give permission to the school nurse to give your child medication

Acetaminophen (Tylenol)	да	нет
Ibuprofen (Advil, Motrin)	да	нет

Пожалуйста, **ОБВЕДИТЕ** ниже, если ваш ребёнок:
Please CIRCLE the following if your child:

Носит/*Wears*: Очки/*Glasses* Слуховой аппарат/*Hearing aid*
 Имеет/*Has*: Судороги/*Seizures* Диабет/*Diabetes* Астма/*Asthma* ADHD
Перечислите Аллергии/*List Allergies*: Замена продуктов питания требует нового заказа ежегодно от поставщика медицинских услуг/*Food substitution requires a new order yearly from a health care provider*: _____
Другие проблемы со здоровьем/*Other Health Problems*: _____

Моя подпись ниже означает, что я понимаю политику и даю согласие на: Неотложная медицинская и/или стоматологическая помощь, включая назначение неотложных медикаментов, которая может быть необходима для сохранения жизни моего ребенка или предотвращения ухудшения его здоровья в случае, если

время не позволяет получить мое личное согласие на такую помощь. Я понимаю, что со мной свяжутся как можно скорее и я возьму на себя ответственность за разрешение на продолжение ухода.

Принимает ли ваш ребёнок лекарства?/Does your child take medication? НЕТ/NO ДА/YES (перечислите/please list)

Лекарство/Medication	Доза/Dose	Частота/Время/Frequency/Time	Причина/Reason

Ваша подпись дает разрешение на экстренное лечение, а также для школьных медсестер SDP для выдачи лекарств, которые вы указали в этой форме, во время занятий в школе, на экскурсиях и после занятий.

Я разрешаю школьной медсестре общаться с медицинским работником моего ребенка и моим медицинским работником, чтобы они отвечали по мере необходимости на вопросы относительно ухода за моим ребенком.

Your signature gives permission for emergency treatment; as well as for SDP School Nurses to administer medications you indicate on this emergency form, during school hours, on field trips and after school activities.

I authorize the school nurse to communicate with my child's health care provider and my health care provider to reply as needed regarding my child's care.

Подпись родителя/опекуна/Parent/Guardian Signature _____ Дата/Date _____

Revised S-865 (06/2019)

ПО ЖЕЛАНИЮ / *OPTIONAL*

Использование в школе неаэрозольного солнцезащитного крема

Non-Aerosol Topical Sunscreen Use at School

Родители / опекуны могут по своему усмотрению снабжать своего ребенка неаэрозольным солнцезащитным кремом для местного применения, если он одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США. Чтобы учащийся мог применять солнцезащитный крем в школьные часы, на школьных мероприятиях или под наблюдением школьного персонала, родитель / опекун должен заполнить форму ниже */Parents/guardians may choose to supply their child with non-aerosol topical sunscreen, if it is approved by the U.S. Food and Drug Administration. In order for a student to apply sunscreen during school hours, at a school-sponsored activity, or while under the supervision of school personnel, the parent/guardian must complete the attestations below.*

Засвидетельствование родителей/опекунов

Parent/Guardian Attestation

- Подписываясь ниже, вы подтверждаете, что понимаете, что школа не несет ответственности за то, чтобы ученик применял солнцезащитный крем. */By signing below, you confirm that you understand that the school is not responsible for ensuring that the sunscreen is applied by the student*
- Подписываясь ниже, вы подтверждаете, что учащийся продемонстрировал, что он может самостоятельно наносить солнцезащитный крем. */ By signing below, you confirm that the student has demonstrated that they are able to self-apply the sunscreen*

Подпись родителя/опекуна/*Parent/Guardian Signature* _____ *Дата/Date* _____

Школа может отменить или ограничить владение, применение или использование неаэрозольного солнцезащитного средства для наружного применения студентом, если произойдет любое из следующего: */ The school may cancel or restrict the possession, application, or use of a non-aerosol topical sunscreen product by a student if any of the following occurs:*

- Учащийся не соблюдает школьные правила в отношении владения, применения или использования неаэрозольного солнцезащитного средства для местного применения */ The student fails to comply with school rules concerning the possession, application, or use of the non-aerosol topical sunscreen product*
- Учащийся демонстрирует нежелание или неспособность защитить неаэрозольный солнцезащитный продукт для наружного применения от доступа других учащихся. */ The student shows an unwillingness or inability to safeguard the non-aerosol topical sunscreen product from access by other students*

Если школа отменяет или ограничивает владение, применение или использование неаэрозольного солнцезащитного средства для наружного применения учеником, школа должна предоставить письменное уведомление об отмене или ограничении родителю / опекуну ученика. */ If a school cancels or restricts the possession, application, or use of a non-aerosol topical sunscreen product by a student, the school shall provide written notice of the cancelation or restriction to the student's parent/guardian.*