

## BIỂU MẪU THÔNG TIN SỨC KHỎE

Xin quý vị hoàn tất biểu mẫu này vào mỗi năm học để cho chúng tôi biết về tình trạng sức khỏe hiện tại và mối nhất của con em mà có thể ảnh hưởng đến ngày học của con em quý vị

Biểu mẫu này cần thiết để bảo cho Y Tá Y Tế Công Cộng (PHN) biết hiện trạng sức khỏe của con em và để trù hoạch cho những nhu cầu sức khỏe có thể tác động đến ngày học của con em. Thông tin chỉ được chia sẻ với ban điều hành thiết yếu của trường khi cần. Thông tin cung cấp trên biểu mẫu này được bảo vệ bởi Đạo Luật Quyền về Giáo Dục và Riêng Tư của Gia Đình (FERPA) như một phần trong hồ sơ giáo dục của học sinh và được lưu giữ an toàn trong phòng sức khỏe trường. Dữ liệu sức khỏe tổng hợp, được xóa bỏ danh tính cũng sẽ được Hệ Trường Công Quận Fairfax (FCPS) và Sở Y Tế Quận Fairfax (FCHD) sử dụng để hoàn thành bản báo cáo y tế công khai bắt buộc đến Bộ Giáo Dục Virginia và để giám sát các nhu cầu về sức khỏe trong cộng đồng nhà trường. Bất cứ sự thay đổi nào về tình trạng sức khỏe của con em trong năm học hay những điều thắc mắc liên quan đến biểu mẫu này, xin liên lạc với PHN qua phòng y tế tại trường của con em.

### Phần Mục A: Thống kê theo nhóm:

Tên Học Sinh: Họ		Tên		Tên Lót		Ngày Tháng Năm Sinh	
Năm Học		Tên Trường		Lớp		Giáo Viên/Cố Vấn	
Tên Phụ Huynh/Giám Hộ Hợp Pháp		Số Điện Thoại Nhà		Số điện Thoại Di Động		Điện Thoại Sở Làm	
Tên Phụ Huynh/Giám Hộ Hợp Pháp		Số Điện Thoại Nhà		Số điện Thoại Di Động		Điện Thoại Sở Làm	

### Phần Mục B: Tình Trạng Sức Khỏe Nghiêm Trọng-Đe Dọa Đến Tánh Mạng:

Tình Trạng	Xin Điền Nếu Có	Nhận Xét
<b>Dị Ứng Nghiêm Trọng/Sốc Phản Vệ</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Loại Thực Phẩm: _____ <input type="checkbox"/> Côn Trùng Đốt: _____ <input type="checkbox"/> Nhựa mủ Có được kê toa Epinephrine? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Đã có tiêm Epinephrine trước đây chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, xin ghi ngày tiêm chủng: _____
<b>Hen Suyễn</b>	<input type="checkbox"/>	Bộc Phát: <input type="checkbox"/> Thở Dục <input type="checkbox"/> Môi Trướng <input type="checkbox"/> Nhiễm Trùng Hệ Hô Hấp Phần Trên <input type="checkbox"/> Khác: _____ Có được kê toa ống xịt thuốc (inhaler)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Có được kê toa Nebulizer để điều trị? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Số Lần Khám Bệnh ở Phòng Cứu Cấp (Emergency Room (ER)) trong năm lịch qua: _____
<b>Tiểu Đường</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Loại 1 <input type="checkbox"/> Loại 2 Ngày Chẩn Đoán: _____ Tên được phẩm điều trị khi khẩn cấp: _____ Theo dõi lượng đường (Glucose): <input type="checkbox"/> Máy đo đường huyết <input type="checkbox"/> CGM <input type="checkbox"/> Cách thức dùng Insulin: <input type="checkbox"/> Ống Tiêm <input type="checkbox"/> Ống Bút <input type="checkbox"/> Ống Bơm
<b>Kinh Phong</b>	<input type="checkbox"/>	Loại kinh phong: _____ Ngày bị kinh phong lần sau cùng: _____ Thuốc Điều Trị Cần Dùng khi Khẩn Cấp tại trường: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Có cấy VNS (chất kích thích thần kinh phế vị)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

### Phần Mục C: Tình trạng Sức khỏe Hiện tại:

Tình Trạng	Xin Điền Nếu Có	Nhận Xét (Vui lòng cung cấp chi tiết)
Chiều cao/ Cân Nặng	<input type="checkbox"/>	Chiều Cao: _____ ft. _____ in. Cân Nặng: _____ lbs
Dị Ứng (Không nguy hại đến tính mạng)	<input type="checkbox"/>	
Rối Loạn Máu Huyết	<input type="checkbox"/>	
Ung Thư	<input type="checkbox"/>	Hiện Miễn Dịch Bị Tổn Thương <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Sơ Hóa Nang	<input type="checkbox"/>	
Tình Trạng Sức Khỏe Răng/Miệng	<input type="checkbox"/>	
Tình Trạng Tai, Mũi & Họng	<input type="checkbox"/>	Xin ghi rõ.
Rối Loạn Nội Tiết (ngoài bệnh tiểu đường)	<input type="checkbox"/>	
Thực phẩm Không Dung Nạp	<input type="checkbox"/>	Loại Thực Phẩm: _____ Đường Ruột/Rối Loạn Tiêu Hóa <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Thực phẩm/Ăn Kiêng Ưu Tiên	<input type="checkbox"/>	
Đường Ruột/Bao Tử/Đại Tiện	<input type="checkbox"/>	
Tình Trạng Thính Giác	<input type="checkbox"/>	
Tim/Tim Mạch	<input type="checkbox"/>	
Thận/Rối Loạn Đường Tiết Niệu	<input type="checkbox"/>	
Đau Đầu/Đau nửa đầu	<input type="checkbox"/>	
Bệnh Phổi (ngoài Hen Suyễn)	<input type="checkbox"/>	
Khiếm Tật Vận Động	<input type="checkbox"/>	

## BIỂU MẪU THÔNG TIN SỨC KHỎE

Xin quý vị hoàn tất biểu mẫu này vào mỗi năm học để cho chúng tôi biết về tình trạng sức khỏe hiện tại và mối nhất của con em mà có thể ảnh hưởng đến ngày học của con em quý vị

Họ: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

### Phần Mục D: Tình Trạng Sức Khỏe Hiện Nay Tiếp Theo

Tình Trạng	Xin Điền Nếu Có	Nhận Xét (Vui lòng cung cấp chi tiết)
Cơ Bắp/Xương Tủy/Khớp Nổi/Viêm Khớp	<input type="checkbox"/>	Xin ghi rõ:
Hệ Thần Kinh/ (ngoài động kinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chấn Thương Sọ Não/Chấn Thương/Ngày Chẩn Đoán: _____ <input type="checkbox"/> Liệt Cột Sống <input type="checkbox"/> Tình Trạng Khác:
Tình Trạng Da Bì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chàm Bội Nhiễm <input type="checkbox"/> Tình Trạng Khác
Tình Trạng Thị Giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kính áp tròng/Kính Đeo <input type="checkbox"/> Không hiệu chỉnh <input type="checkbox"/> Tình Trạng Khác:
Các Tình Trạng Khác về Sức Khỏe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tự Kỳ <input type="checkbox"/> Hội Chứng Down <input type="checkbox"/> Tình Trạng Khác:

### Tình Trạng Cảm Xúc/An Mạnh Tinh Thần:

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	Chuẩn đoán của nhà cung cấp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đang Chữa Trị	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Lo Âu	<input type="checkbox"/>	Chuẩn đoán của nhà cung cấp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đang Chữa Trị	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trầm Cảm	<input type="checkbox"/>	Chuẩn đoán của nhà cung cấp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đang Chữa Trị	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Rối Loạn Ăn Uống	<input type="checkbox"/>	Chuẩn đoán của nhà cung cấp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đang Chữa Trị	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Kinh Nghiệm khác:	<input type="checkbox"/>	Chuẩn đoán của nhà cung cấp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đang Chữa Trị	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

### Phần Mục E: Thủ Tục Sức Khỏe:

Sở Y Tế Quận Fairfax cung cấp thông tin giới thiệu về các nguồn liệu y tế cộng đồng có đáp ứng dịch vụ khám sức khỏe miễn phí.  
Xin xem <https://www.fairfaxcounty.gov/health/clinics>.  
Nếu con em có một tình trạng sức khỏe, con em có đòi hỏi phải có bất cứ thủ tục sức khỏe nào hay cần bất cứ dụng cụ thiết bị nào đặc biệt trong ngày học không?  
 Có       Không      Nếu quý vị trả lời Có, xin mô tả:

### Phần Mục F: Xin liệt kê tất cả các loại dược phẩm điều trị cùng liều lượng con em quý vị cần dùng trên căn bản thường xuyên và nêu những loại sử dụng ở trường:

Phụ huynh hay giám hộ có trách nhiệm cung cấp cho trường mọi loại dược phẩm điều trị, thức ăn đặc biệt, dụng cụ thiết bị nào học sinh có thể cần đến trong ngày học. Mẫu phiếu Dược Phẩm Điều Trị, Thủ Tục Cho Phép Dùng, và Giáo Dục Thể Dục (Physical Education (PE)) có thể tìm được tại <https://www.fcps.edu/registration/forms> hay có được tại Phòng Sức Khỏe trường.

Thỏa Thuận của Phụ Huynh: Tôi đồng ý cho phép (các) nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe của con em thảo luận thông tin bao gồm trong biểu mẫu này với nhân viên FCPS và Y Tá Y Tế Công Cộng       Có       Không

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe      Số Điện Thoại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Tên của Phụ Huynh/Giám Hộ (Xin Viết Chữ In hay Đánh Máy)      Chữ Ký của Phụ Huynh/Giám Hộ      Ngày

### Chỉ Dành Cho Y Tá Y Tế Công Cộng Dùng Dưới Đường Gạch Này

Đã được xem xét bởi HIF       Theo quy trình (Chăm sóc khẩn cấp-Tạm Thời SH. Hướng Dẫn Chăm Sóc)       Danh Mục Tình Trạng Sức Khỏe  
 Danh Mục Tình Trạng Sức Khỏe Tâm Trí       Kế Hoạch Sức Khỏe/Hành Động hay Quy Trình

Ghi Chú:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Tên Y Tá Y Tế Công Cộng      Y Tá Y Tế Công Cộng Ký Tên      Ngày