

Medical Emergency Form

Student: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____ HR _____

Address _____ Home Phone # (978) _____

Parent/Guardian _____ Home Phone# (978) _____

Mother's work # _____ Mother's Cell Phone# _____

Father's work # _____ Father's Cell Phone# _____

Student's Physician _____ Telephone # _____

List 3 local adults (other than parent/guardian) who will assume immediate care of your child or pick up your child at school in the event of illness or emergency:

Name: _____ Tel: _____

Name: _____ Tel: _____

Name: _____ Tel: _____

Circle **all** current or active health conditions that apply to your child:

ADD ADHD Anxiety Asthma Autism/PDD Cerebral Palsy Depression Diabetes Heart Condition

Lactose Intolerance Migraines OTHER (please list)

Vision Problems (specify) glasses _____ contacts _____ preferential seating _____

Hearing Problems (specify) Left _____ Right _____ Hearing aids: Left _____ Right _____ Preferential seating _____

Allergies (please list)

Is your child prescribed an **Epi pen** for treatment of the allergy listed above? Yes No

List medication and dosage taken by your child on a regular basis or as needed:

Does your child have health insurance? Yes No MassHealth? Yes No

I give permission to the school nurse to share information relevant to my child's health condition with appropriate school personnel as needed to meet my child's health and safety needs. Yes No

In case of emergency, your child will be transported to the hospital by EMS.

I hereby authorize the school nurse to contact my child's physician if necessary.

Signature of Parent/Guardian _____ Date: _____

Formulário de Emergência Médica

Aluno: _____ Data de Nascimento: _____ Serie: _____ Sala: _____

Endereço _____ Tel. Residencial # (978) _____

Pais/Tutores _____ Tel. Residencial # (978) _____

Trabalho da mãe # _____ Celular da mãe # _____

Trabalho do Pai # _____ Celular do pai # _____

Médico do aluno _____ Telefone # _____

Liste 3 adultos locais (que não sejam os pais/tutores) que irão assumir cuidado imediato de seu filho ou pegar seu filho na escola, em caso de doença ou de emergência:

Nome: _____ Tel.: _____

Nome: _____ Tel.: _____

Nome: _____ Tel.: _____

Circule **todas as condições de saúde** atuais ou ativas que se aplicam a seu filho:

ADD ADHD Ansiedade Asma Autismo/PDD Paralisia Cerebral Depressão Diabetes Problema Cardíaco

Intolerância à Lactose Enxaquecas OUTRO (por favor, liste) _____

Problemas de visão (especificar) óculos _____ Lentes de contato _____ Assento preferencial _____

Problemas de audição (especificar) Esquerdo _____ Direito _____ Aparelhos Auditivos: Esquerdo _____ Direito _____
Assento preferencial _____

Alergias (por favor, listar)

Foi receitada uma **Epi Pen para seu filho** para o tratamento da alergia listada acima? Sim Não

Lista de medicamentos e dosagem utilizados por seu filho regularmente ou sempre que necessário:

Seu filho tem seguro de saúde? Sim Não MassHealth? Sim Não

Eu dou permissão para a enfermeira da escola para compartilhar informações relevantes para o estado de saúde do meu filho com o pessoal da escola conforme necessário para atender as necessidades de segurança e saúde do meu filho. Sim Não

Em caso de emergência, sua criança será transportada para o hospital pelo EMS.

Autorizo por este meio deste a (ao) enfermeira (o) escolar a entrar em contato com o médico do meu filho, se necessário.

Assinatura dos Pais/Tutores

_____ Data: _____

Formulario de Emergencia Médica

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: ___ Salón de Hogar: _____

Dirección _____

Padre/Madre/Guardián _____ #teléfono de la casa _____

Del trabajo (madre) _____ # del celular (madre) _____

del trabajo (padre) _____ # del trabajo (padre) _____

Medico del estudiante _____ # de teléfono _____

Alistar 3 adultos locales (con excepción del padre/guardián) que asumirá cuidado inmediato de su niño/a o tomara a su niño/a de la escuela en caso de enfermedad o emergencia.

Nombre: _____ # de teléfono: _____

Nombre: _____ # de teléfono: _____

Nombre: _____ # de teléfono: _____

Circular todas las condiciones de salud actual o activa que se aplican a su niño/a:

ADD ADHD Ansiedad Asma Autismo/PDD Parálisis cerebral Depresión Diabetes Condición del corazón

Intolerancia de la lactosa Migrañas Otros (especifique)

Problemas de visión (especifique) Lentes de cristal _____ Contactos _____ Asiento preferencial _____

Problemas de audifono (especifique) Izquierdo _____ Derecho _____ Audífonos _____ Izquierdo _____ Derecho _____ Asiento preferencial _____

Alergias (favor de listar todas)

¿Tiene su niño/a una receta de Adrenalina (EpiPen) para el tratamiento de la alergia alistada arriba? Si No

Alistar medicamento y dosis que toma su niño/s regularmente o según necesite:

¿Tiene su niño/a seguro medico? Sí No ¿MassHealth? Sí No

Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela que comparta información relevante a la condición de salud de mi niño/a con el personal apropiado cuando necesite para cumplir con las necesidades de la salud de mi niño/a. Si No

¿En caso de emergencia su niño/a será transportado al hospital en ambulancia.

Doy autorización para que la enfermera de la escuela contacte el Dr. de mi niño/a si es necesario.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

ក្រដាសបំពេញភាពអាសន្នខាងពេទ្យ

សិស្ស: កាលបរិច្ឆេទកំណើត: ថ្នាក់ទី: បន្ទប់:

អាសយដ្ឋាន: ទូរស័ព្ទផ្ទះ:(978).....

មាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល: ទូរស័ព្ទផ្ទះ:(978).....

លេខកន្លែងធ្វើការរបស់មាតា..... លេខទូរស័ព្ទដៃរបស់មាតា.....

លេខកន្លែងធ្វើការរបស់បិតា..... លេខទូរស័ព្ទដៃរបស់បិតា.....

គ្រូពេទ្យរបស់សិស្ស..... លេខទូរស័ព្ទ.....

រាយឈ្មោះមនុស្សពេញវ័យ៣នាក់(ក្រៅពីមាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល) ដែលអាចថែទាំកូនលោកអ្នកបានឬអាចមកទទួលយកកូនលោកអ្នកបានក្នុងពេលមានជំងឺឬមានអាសន្ន:

ឈ្មោះ: ទូរស័ព្ទ:

ឈ្មោះ: ទូរស័ព្ទ:

ឈ្មោះ: ទូរស័ព្ទ:

គូសជាំរង្វង់ នូវលក្ខណៈសុខភាពដែលកូនលោកអ្នកកំពុងតែមាន: ព

រវើរវាយ រពីសរវើរវាយ ចប់បារម្ភ ហឹក ចរិយាចម្លែក ទន់ជ្រាយ អស់ទឹកចិត្ត ឈាមផ្អែម ជម្ងឺបេះដូង មិនធន់ជាតិឡាក់តូស ប្រកាំង ជម្ងឺផ្សេងៗទៀត(សូមរាយឈ្មោះ) _____

បញ្ហាភ្នែក(បញ្ជាក់) វែនតា___ ខន់ចាក់___ ចម្ងាយបង្អុយ_____

បញ្ហាត្រចៀក(បញ្ជាក់) ឆ្វេង___ ស្តាំ___ ជំនួយស្តាប់: ឆ្វេង___ ស្តាំ___ ចម្ងាយបង្អុយ_____

ជម្ងឺប្រតិកម្ម(បញ្ជាក់): _____

តើកូនលោកអ្នកត្រូវគ្រូពេទ្យចេញថ្នាំអេពីជិន ដើម្បីព្យាបាលជម្ងឺប្រតិកម្មខាងលើនេះទេ? មាន អត់

រាយឈ្មោះ: ថ្នាំនិងកម្រិតប្រើ ដែលកូនលោកអ្នកប្រើជាប្រចាំ: _____

តើកូនលោកអ្នកមានការធានាសុខភាពទេ? មាន អត់ មាន MassHealth មាន អត់

ខ្ញុំអនុញ្ញាតគិលានុប្បដ្ឋាកសាលារៀន ឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់កូនខ្ញុំ ជាមួយនឹងបុគ្គលិកសិក្សា តាមសេចក្តីចាំបាច់ ដើម្បីឆ្លើយតបនូវសេចក្តីត្រូវការនៃភាពសុខសាន្តនិងសុខភាពរបស់កូនខ្ញុំ។ មាន អត់

ក្នុងករណីអាសន្ន តើសាលារៀនមានការអនុញ្ញាត យកកូនលោកអ្នក ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យជិតៗបានទេ? មាន អត់ ខ្ញុំអនុញ្ញាត ឱ្យគ្រូពេទ្យប្រចាំសាលារៀនទាក់ទងគ្រូពេទ្យរបស់កូនខ្ញុំ ប្រសិនបើចាំបាច់។

ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល

កាលបរិច្ឆេទ _____