

HỒ SƠ BỆNH LÝ (MEDICAL INFORMATION)

TRƯỜNG _____

Quý Phụ Huynh phải điền đơn này. Những thông tin này sẽ được đưa cho bác sĩ của chuyến đi để phòng có trường hợp cấp cứu xảy ra, hồ sơ này cũng sẽ được đưa cho nhân viên của Education in Action/*Giáo Dục qua Hoạt Động* là những người được chỉ định lo cho chương trình của các em.

Tên gọi (first name): _____ Tên họ (Last name) _____

Tháng/Ngày/Năm sinh: _____ Tuổi: _____

Tên của Phụ Huynh: _____ Số phone: _____

Trong trường hợp khẩn cấp, liên lạc với (*người không ở cùng địa chỉ*): _____

Mối liên hệ của người này với em học sinh: _____

Số điện thoại khẩn cấp/Emergency (day/ban ngày): _____

Số điện thoại khẩn cấp/Emergency (night/ban đêm): _____

Insurance (hãng bảo hiểm): _____ Số phone hãng bảo hiểm: _____

Địa chỉ hãng bảo hiểm: _____

Thành phố: _____, Tiểu bang: _____, Zip _____

Tên người đứng mua bảo hiểm: _____ Group hoặc ID#: _____

Tên bác sĩ của em: _____ Số phone của bác sĩ: _____

Địa chỉ văn phòng bác sĩ: _____

Thành phố: _____ Tiểu Bang: _____ Zip: _____

Xin vui lòng đánh dấu vào các ô thích hợp, nếu đúng với tình trạng bệnh lý của em:

 Allergies (dị ứng) Asthma (hen suyễn) Hypoglycemia (hạ đường huyết) Diabetes (tiểu đường) Seizure Disorder (giật kinh phong/động kinh) Reaction to any medications (bị phản ứng với bất cứ loại thuốc nào) Recent illnesses (những bệnh mới bị gần thời gian hiện tại) Presently taking medication (các loại thuốc đang dùng) Other (có vấn đề khác về sức khỏe)

Xin vui lòng cho chúng tôi biết rõ chi tiết về những gì quý vị đã đánh dấu hoặc tình trạng bệnh lý khác mà chúng tôi cần phải được lưu tâm, bao gồm cả nhu cầu ăn kiêng đặc biệt và cho chúng tôi biết rõ về việc điều trị và/hoặc thuốc men mà quý vị yêu cầu (*Xin vui lòng gửi kèm theo giấy tờ có thông tin hữu ích mà quý vị muốn chúng tôi biết, nếu quý vị viết không đủ vào những hàng dưới đây*): _____

Ngày chích mũi Tetanus Booster cuối cùng (tháng/ngày/năm): _____/_____/_____

Tình trạng sức khỏe của em có đòi hỏi phải có một sự sắp xếp đặc biệt khi di chuyển không? Em học sinh này có cần giúp đỡ hoặc thuốc men đặc biệt để em có thể hoàn toàn tự di chuyển mà không nhờ đến sự giúp đỡ của người khác không? Xin vui lòng cho chúng tôi biết vào phần dưới đây để chúng tôi có thể hỗ trợ, phối hợp với nhau để sắp xếp cho em có thể tham dự.

Physical Disabilities (khuyết tật về thể chất) ___ No (không) ___ Yes (có) Cần trợ giúp _____

Psychological Problem (có vấn đề về tâm lý) ___ No (không) ___ Yes (có) Cần trợ giúp _____

Hearing Impairment (khiếm thính) ___ No (không) ___ Yes (có) Cần trợ giúp _____

Vision Impairment (suy giảm thị lực) ___ No (không) ___ Yes (có) Cần trợ giúp _____

Có bất cứ lý do nào khác khiến em học sinh này cần sự hỗ trợ đặc biệt về phòng ốc hoặc cần những sự sắp xếp nào khác không? Nếu có, xin vui lòng cho biết một cách rõ ràng. Nếu quý vị cần viết thêm, xin kèm theo giấy tờ đó vào đơn này.

___ Có (Yes) hoặc ___ Không (No). Nhu cầu đặc biệt: _____

Education in Action khuyến khích các em học sinh khuyết tật tham gia chương trình này. Để giúp chúng tôi có thể giúp các em thoải mái tham dự một cách thoải mái, giáo viên chịu trách nhiệm của chương trình cần liên lạc với Education in Action để cho họ biết thêm thông tin và thảo luận về những nhu cầu cụ thể trước khi các em học sinh tham dự chương trình này.

ỦY QUYỀN TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP VỀ Y TẾ

Tôi tên _____, là phụ huynh của em _____, yêu cầu bằng văn bản, ủy quyền, và cho phép Education in Action, hoặc đại diện được ủy quyền hợp lệ, được hành động trên danh nghĩa của tôi và thay mặt tôi, khi con em của tôi cảm thấy không khỏe/bị bệnh, bị chấn thương hoặc có nhu cầu cần được điều trị về y tế, bao gồm cả việc vào bệnh viện, trong quá trình tham gia Chương Trình Ngày Học của Education in Action (Education Action's Learning Day Program). Tôi hiểu rằng trong khi tham gia chương trình mà con em tôi than phiền rằng cháu bị đau ốm, hoặc bị chấn thương trong khi tham gia Education in Action's Discovery Texas Field Trip, con em của tôi sẽ được đưa tới phòng cấp cứu của bệnh viện và sẽ được bác sĩ tại phòng cấp cứu chữa trị. Nếu bác sĩ cho biết rằng con em của tôi không cần phải nằm lại bệnh viện nhưng không nên tiếp tục tham gia chương trình như một tham dự viên, với sự chỉ dẫn bằng văn bản của bác sĩ điều trị, con em của tôi sẽ phải ở lại và được giám sát trên xe bus hoặc sẽ được phụ huynh đến đón về. Tôi tuyệt đối cam đoan và đồng ý qua giấy cho phép này, rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm cho tất cả các chi phí phát sinh và sẽ không quy trách nhiệm cho chương trình Education in Action, cho các viên chức, giám đốc, nhân viên, quản trị viên, người quản lý, những người tiếp tục chương trình, và đại diện của chương trình không bị mọi đòi hỏi bồi thường, yêu sách, tổn thất, kiện cáo, hoặc nguyên nhân các hoạt động, hiện tại hay tương lai, được tiên liệu hay không, và phát xuất, nảy sinh, hoặc bất ngờ xảy đến trong các hoạt động của Education in Action (theo như giấy phép này).

Chữ Ký của Phụ Huynh

Tháng/Ngày/Năm