

Wood Dale School District #7
Historia zdrowia ucznia
i informacje niezbędne w nagłych wypadkach

Imię ucznia:	Szkoła:	
Imię rodzica/opiekuna:	Kasa/Nauczyciel:	Data urodzenia:
Numer telefonu:	Numer telefonu do pracy:	Numer telefonu komórkowego:

W celu zapewnienia optymalnych usług związanych ze zdrowiem dziecka i opracowania karty zdrowia z dokładnymi i aktualnymi informacjami, zwracamy się do Państwa z prośbą o dostarczenie niezbędnych danych.

Informacje zawarte w tym formularzu są poufne i będą tylko dostępne dla szkół, do których uczeń uczęszcza i personelu medycznego w przypadkach niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa dziecka.

Czy Twoje dziecko ma:

Alergię*** <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, na co jest dziecko uczulone:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
*** Jeśli Twoje dziecko ma alergię pokarmową, należy wypełnić informacje na odwrocie niniejszego formularza		
Astma <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać bodźce i objawy:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Cukrzyca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę dołączyć plan opieki:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Padaczka <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać rodzaj i sposób leczenia:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Problemy z sercem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Problemy ze wzrokiem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy dziecko nosi okulary/szklę kontaktowe? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Kiedy ostatnio dziecko miało badany wzrok?
Problemy ze słuchem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać:	Czy dziecko ma aparat słuchowy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Problemy ortopedyczne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać:	Proszę wymienić przeciwwskazania, jeżeli takie istnieją:

Inne problemy zdrowotne: (Proszę opisać)

Czy dziecko regularnie przyjmuje leki? Tak Nie Jeżeli tak, proszę wymienić:

<u>Leki</u>	<u>Leki</u>	<u>Leki</u>
Imię: _____	Imię: _____	Imię: _____
Dawkowanie: _____	Dawkowanie: _____	Dawkowanie: _____
Czas: _____	Czas: _____	Czas: _____
Stan/powód przyjmowania leku: _____	Stan/powód przyjmowania leku: _____	Stan/powód przyjmowania leku: _____
<input type="checkbox"/> Weźmie w domu <input type="checkbox"/> Weźmie w szkole	<input type="checkbox"/> Weźmie w domu <input type="checkbox"/> Weźmie w szkole	<input type="checkbox"/> Weźmie w domu <input type="checkbox"/> Weźmie w domu

Każde dziecko, które będzie przyjmowało leki w szkole musi dostarczyć wypełniony formularz zezwalający na podanie lekarstwa: Wood Dale School District #7- School Medication Permission Form (który zawiera podpis rodzica oraz informacje kontaktowe, jak również zalecenia lekarza i podpis)

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

Proszę o wypełnienie i odesłanie formularza do szkoły dziecka.