

THẺ THÔNG TIN Y TẾ / KHẨN CẤP CỦA HỌC SINH SFUSD

Ngày: _____

(Thẻ này cần được hoàn tất cho mỗi năm học)

TÊN: _____ HO#: _____
 (Ho) (Tên) (Viết tắt tên lót)

Trường _____ Lớp: _____ Tuổi: _____ Phòng học: _____

Ngày sinh: _____ Giới tính: Nam Nữ
 Tháng Ngày Năm

Địa chỉ nhà: _____ Apt. Số: _____ Thành phố: _____

Mã Bưu chính: _____ Điện thoại nhà: _____ Ngôn ngữ tại nhà: _____

Tên Phụ huynh/Người giám hộ/Người chăm sóc:		Tên Phụ huynh/Người giám hộ/Người chăm sóc:	
Địa chỉ nhà:		Địa chỉ nhà:	
Công ty:		Công ty:	
Điện thoại chính <input type="checkbox"/> Bàn <input type="checkbox"/> Di động	Điện thoại chỗ làm:	Điện thoại chính <input type="checkbox"/> Bàn <input type="checkbox"/> Di động	Điện thoại chỗ làm:
Điện thoại khác: <input type="checkbox"/> Bàn <input type="checkbox"/> Di động	Địa chỉ Email:	Điện thoại khác: <input type="checkbox"/> Bàn <input type="checkbox"/> Di động	Địa chỉ Email:

HỌC SINH SỐNG CÙNG: Mẹ Cha Người chăm sóc/Người giám hộ Khác (nếu rõ) _____

LIÊN LẠC KHI KHẨN CẤP: Nếu có trường hợp khẩn cấp hay học sinh có tên nêu trên bị bệnh hay chấn thương tại trường và không thể liên lạc được tôi, trường học được sự cho phép của tôi liên lạc và cho một trong những người dưới đây đón và giám sát con tôi:

Tên	Mối quan hệ	Điện thoại chính	Điện thoại khác
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

Con tôi có bảo hiểm sức khỏe: Có Không Nếu CÓ, liệt kê tên bảo hiểm: _____ Số Policy/Thành viên: _____

Nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe: _____ Điện thoại: _____

Để chắc chắn con em quý vị được chú ý đúng mức **VUI LÒNG BÁO CHO NHÀ TRƯỞNG BẤT CỬ THAY ĐỔI THÔNG TIN NÀO TRÊN THẺ NÀY.**

*****QUAN TRỌNG: Vui lòng Hoàn tất Mặt bên kia của Thẻ****

TÊN: _____
 (Ho) (Tên) (viết tắt Tên lót)

KHÔNG CÓ VẤN ĐỀ Y KHOA Con tôi được chẩn đoán bị bệnh sau:
 Hen suyễn Động kinh Tiểu đường Cần Insulin? CÓ KHÔNG Dị ứng Cần Epinephrine? CÓ KHÔNG

Dị ứng với: _____ Lần cuối cùng dị ứng vào: _____

Con em quý vị có bất cứ vấn đề sức khỏe chính nào không? Có (xin liệt kê) Không

1. _____ 2. _____

Con em quý vị có đang uống thuốc không? Có (xin liệt kê thuốc và thời gian dùng thuốc) Không

Thuốc: _____ Thời gian sử dụng: _____

Thuốc: _____ Thời gian sử dụng: _____

Học sinh khác đang học các trường SFUSD:

Tên	Trường	Lớp

Nếu con em tôi cần được đưa đi cấp cứu, em sẽ được đưa vào nơi gần nhất. Tôi cho phép nhân viên của trường làm những việc phù hợp cần thiết cho sự an toàn và sức khỏe của con tôi.	Tôi không cho phép <input type="checkbox"/>
Cũng như nhiều học khu tại California, SFUSD, phối hợp cùng Bộ phận Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California Department of Health Care Services, tham gia vào một chương trình cho phép Học khu được liên bang cho lại tiền cho các dịch vụ sức khỏe được lựa chọn cung cấp cho học sinh đủ tiêu chuẩn Medi-Cal tại trường. Chương trình này cung cấp ngân quỹ hỗ trợ chi phí giáo viên và vài thiết bị cần thiết cho các dịch vụ được cung cấp. Khi ký tên, quý vị cho phép chúng tôi tìm kiếm các khoảng hỗ trợ hoàn lại từ Tiểu bang cho các lợi ích Medi-Cal dưới tư cách của con em quý vị, nếu con em quý vị đủ điều kiện cho chương trình này hay trở nên đủ điều kiện. Không có bất cứ chi phí hay hình phạt nào cho quý vị nếu quý vị đồng ý việc này, hay nếu quý vị không đồng ý. Đơn giản nó chỉ cho học khu quyền truy cập vào các khoảng hỗ trợ thêm của chính phủ.	Tôi không cho phép <input type="checkbox"/>
Tôi cho phép SFUSD cung cấp thông tin (vd: Số ID học sinh, Họ, Tên, Ngày sinh, Giới tính, Địa chỉ học sinh, Trường học, Lớp, Thông tin Giáo dục Đặc biệt (IEP/IFSP)) và các kiểm tra lượng glucose của con em tôi (vd: Sức khỏe/Dinh dưỡng, tình trạng Tâm lý, Hướng dẫn Giáo dục Sức khỏe/trước kỳ hạn, Thịnh lực, Thị lực, Phát triển) chỉ cho mục đích thanh toán Medi-Cal	Tôi không cho phép <input type="checkbox"/>

Theo như tôi biết tất cả thông tin tôi đã cung cấp trên Thẻ Khẩn cấp này là thật và chính xác. Tôi đồng ý với việc khẳng định sự cho phép nêu trên, nếu sự cho phép của tôi không được cụ thể như đã nêu bằng cách đánh dấu vào ô được chọn.

Ngày: _____

*****QUAN TRỌNG: Vui lòng Hoàn tất Mặt bên kia của Thẻ****

Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ