

Hojaji ya Afya ya Shule

Jina la Kisheria la Wanafunzi: _____ DOB: _____

Mzazi / Mlezi wa Kisheria: _____ Simu: _____

Daktari wa watoto au Daktari wa Familia: _____

Mtoa huduma wa Bima: _____ Tarehe ya Kuanza: _____

Nambari ya Sera: _____ Kitambulisho cha Medicaid: _____

Jina la Wasajili: _____ Tarehe ya kuzaliwa: _____

Anwani ya Wasajili: _____

1. Utambuzi wa Matibabu wa Zamani, Kulazwa Hospitalini na/au Upasuaji:

2. Dawa za Sasa: Jina na Kipimo (Jumuisha vitamini, mimea, virutubisho na mafuta)

3. Daktari Aliyegunduliwa Pumu: ☐ Ndiyo ☐ La

Vichochezi: ☐ Poleni ☐ Mavumbi ☐ Wanyama ☐ Vyakula
☐ Zoezi ☐ Joto ☐ Ugonjwa ☐ Harufu / manukato
☐ Moshi ☐ Msimu ☐ Wengine: _____

4. Mzio wa Daktari Uliogunduliwa: ☐ Ndiyo ☐ La

Mzio kwa: _____

5. Dawa zinazohitajika shuleni: ☐ Ndiyo ☐ Hapana Ikiwa Ndiyo, eleza: _____

6. Taratibu za Matibabu Zinazohitajika Shuleni: ☐ Ndiyo ☐ Hapana Ikiwa Ndiyo, eleza: _____

Historia ya Familia: Angalia yoyote ya yafuatayo ambayo wazazi, babu na babu, ndugu, shangazi, wajomba, au binamu wanaweza kuwa nayo:

☐ Pumu ☐ Saratani za utotoni ☐ Mshtuko wa Moyo chini ya 35
☐ Cholesterol ya juu ☐ Ugonjwa/Tabia ya Sick Cell
☐ Nyingine: _____

Tafadhali orodhesha watu wengine wowote ambao unatoa ruhusa kwetu kuwasiliana nao kuhusu hali ya matibabu ya mtoto wako.

Jina: _____ Uhusiano: _____ Mawasiliano #: _____

Jina: _____ Uhusiano: _____ Mawasiliano #: _____

Ni jukumu la mlezi kuarifu ofisi ya afya ya shule kwa maandishi ikiwa mawasiliano hapo juu au habari yoyote ya afya inabadilika. Pia ninakubali kupokea Ilani ya Kliniki ya Graves-Gilbert ya Mazoea ya Faragha.

Mzazi / Mwakilishi wa Kisheria Jina Lililochapishwa: _____

Saini ya Mzazi / Mwakilishi wa Kisheria: _____

Tarehe: _____ Uhusiano: _____

**TELEHEALTH YA SHULE AU MAKUBALIANO YA MASHAURIANO YA OFISI KWA
MATIBABU**

Ninaomba na kukubali mtoto wangu _____ kuchunguzwa na kutathminiwa na watoa huduma za matibabu wanaohusishwa na Kliniki ya Graves-Gilbert kwa njia ya mwingiliano / video. Ushauri huu wa telemedicine unaweza kutumika kusaidia kutambua, kusimamia, au kutibu mtoto wangu.

Kwa kuongeza, ninaelewa na kukubaliana na yafuatayo:

- Mtoa huduma wa afya mshauri au mtaalamu *atakuwa* katika eneo tofauti na mtoto wangu. Muuguzi wa shule au watendaji wengine waliohitimu watakuwepo na mtoto kwenye chumba kusaidia katika uchunguzi na tathmini. Ninaweza kuhudhuria kwa njia ya kielektroniki au kibinafsi pia ikiwa nitatoa habari inayoniruhusu kufikiwa kwa wakati unaofaa.
- Wafanyakazi wa ziada wa kiufundi wanaweza kuwepo wakati wa mashauriano kama inahitajika kuendesha vifaa vya telemedicine.
- Mpango huu wa mashauriano ya telemedicine sio mbadala wa huduma ya msingi au maalum ya mtoto wangu, na inatolewa ili kuimarisha huduma ya afya ya shule
- Matokeo ya uchunguzi yatakuwa sehemu ya rekodi ya matibabu ya mtoto, ambayo inaweza kujumuisha rekodi ya video na / au sauti ya kikao kama inavyoonekana inafaa na mtoa huduma wa ushauri au mtaalamu. Mtoa huduma wa ushauri au mtaalamu atatuma matokeo ya ziara ya simu kwa mtoa huduma wa msingi wa mtoto wako.
- Mtoa huduma wa ushauri au mtaalamu anaweza kupendekeza vipimo na matibabu ya ziada, na ni jukumu langu kufuatilia mapendekezo kama haya.
- Ingawa vifaa na rasilimali zimeundwa kulinda usiri wa mgonjwa na kutoa maambukizi sahihi na kwa wakati unaofaa, hatari inabaki kwa matatizo ya kiufundi, usumbufu, na ufikiaji usioidhinishwa.
- Shule ya mtoto wako na Kliniki ya Graves-Gilbert itajaribu kukufikia kabla ya ziara ya telemedicine kufanyika, hata hivyo, ikiwa hatuwezi kuwasiliana nawe, unatoa ruhusa yako kwa ziara ya telemedicine kufanyika, na Kliniki ya Graves-Gilbert itakutumia muhtasari wa ziara na mapendekezo ambayo yalitolewa.
- Ushauri wa Telehealth unaweza kutozwa kwa bima yangu inapofaa. Ninaidhinisha malipo ya moja kwa moja kwa kliniki ya faida zinazotolewa chini ya mpango wowote wa huduma ya afya au sera ya gharama za matibabu inayostahili kwangu au inayolipwa na mpango huo. Ninaidhinisha zaidi kliniki kutoa taarifa yoyote inayohitajika na mlipaji yeyote wa tatu kuhusu dai lolote la malipo.
- Mtoa huduma wa Kliniki ya Graves-Gilbert wakati mwingine anaweza kuwepo katika shule ya mtoto wangu. Ninaidhinisha mashauriano ya kibinafsi na mtoa huduma kwa masharti sawa na hapo juu.

☐

Ndiyo, ninakubaliana na masharti hapo juu. Mtoto wangu anaweza kushauriwa na Mtoa Huduma wa Kliniki ya Graves-Gilbert kupitia Telehealth au Ziara ya Ofisi.

☐

Hapana, sitaki mtoto wangu kushauriwe na Mtoa Huduma wa Kliniki ya Graves-Gilbert.

Jina la Mtoto: _____ Tarehe ya kuzaliwa: _____

Jina la Mzazi / Mlezi wa Kisheria Lililochapishwa: _____

Saini ya Mzazi / Mlezi wa Kisheria: _____

Uhusiano: _____ Tarehe: _____ Wakati: _____

Dawa za dukani

Jina la Mwanafunzi: _____ Daraja: _____ ALLER: _____

Umri wa Mwanafunzi: _____ Tarehe ya kuzaliwa: _____

Shule: _____

Tafadhali onyesha kwa kuangalia hapa chini dawa unazoruhusu kusimamiwa kwa mtoto wako.☐ Acetaminophen ☐ Mafuta ya antibiotiki ☐ Matone ya jicho / safisha ☐ Aloe vera
(Tylenol)☐ Calamine Lotion ☐ Ibuprofen ☐ Oragel ☐ Matone ya kikohozi☐ Mzio wa Loratidine ☐ Kibao cha Antacid ☐ Hydrocortisone Cream ☐ Kupambana na
kichefuchefu (Claritin) (Tums) (Emetrol)☐ Mafuta ya midomo ☐ **HAKUNA YA HAPO JUU**

- Ninaidhinisha wafanyikazi wa uuguzi na waliofunzwa kimatibabu katika Wilaya ya Shule ya Kujitegemea ya Bowling Green na Kliniki ya Graves-Gilbert kutoa dawa za kaunta kama ilivyoonyeshwa hapo juu na kama inavyohitajika kwa mtoto wangu.
- Ninaelewa kuwa ni jukumu langu kuwajulisha moja kwa moja wauguzi kwa maandishi katika shule ambayo mtoto wangu ameandikishwa juu ya mabadiliko yoyote katika mahitaji ya dawa ya OTC ya mtoto wangu.
- Ninaelewa kuwa katika tukio la athari mbaya kwa dawa yoyote ya OTC, dawa itasitishwa, na nitaarifiwa na wauguzi shuleni.
- Ninaelewa kuwa fomu hii ya ruhusa itawekwa kwenye faili katika rekodi ya afya ya mwanafunzi wa mtoto wangu na haitabadilishwa bila taarifa iliyoandikwa.
- Ninaelewa kuwa usiri wa hati hii unasimamiwa na FERPA (Sheria ya Haki za Elimu ya Familia kwa Faragha) na kwamba sheria zote chini ya Sheria hiyo zitaifuatwa na pande zote.
- Ninaelewa kuwa sawa na generic inaweza kusimamiwa kwa mtoto wangu.
- Ninashikilia waziwazi bila madhara, na ninaondoa dhima yoyote kwa niaba ya, shule au wafanyikazi wake na mawakala kuhusu majeraha yoyote au athari zinazotokana na usimamizi au ukosefu wa usimamizi wa dawa zilizo hapo juu.
- Ninaelewa kuwa lazima niwape wafanyikazi wa uuguzi wa shule agizo / taarifa ya daktari iliyotiwa saini ili kuzidi miongozo ya kipimo iliyopendekezwa (kama ilivyochapishwa kwenye chupa / kifungashio) wakati wa kusimamia dawa zilizoonyeshwa.

Saini ya Mzazi / Mlezi_____
Tarehe_____
Jina lililochapishwa_____
Uhusiano

Fomu ya Idhini ya Skrini ya Maono na Kusikia

Kwa 702 KAR 1:160. Huduma za afya shuleni. Kanuni ya 9 inasema: (9) (a) Bodi ya elimu itapitisha mpango wa usimamizi endelevu wa afya kwa wanafunzi wote waliojiandikisha kwa sasa. (b) Usimamizi utajumuisha vipimo vya uchunguzi vilivyopangwa kwa maono na kusikia.

BGISD hutumia uchunguzi ufuatao kwa kila kiwango cha daraja:

Chekechea: Kusikia

Daraja la 1: Kusikia

Daraja la 2: Kusikia

Daraja la 3: Kusikia na Maono

Daraja la 5: Maono

Ikiwa mfanyakazi ana wasiwasi wa kusikia au kuona kwa mwanafunzi nje ya uchunguzi uliopangwa mara kwa mara shuleni, huduma za afya za shule zinaweza kuulizwa kufanya uchunguzi kwa mtoto.

Angalia hapa chini ikiwa unatoa ruhusa kwa muuguzi wako wa shule kufanya uchunguzi wa kusikia au kuona.

-----Ndio, ninatoa ruhusa kwa mtoto wangu kukamilisha uchunguzi wa kusikia au kuona kwa kila kiwango cha darasa au wasiwasi wa wafanyikazi wa shule.

_____No Simpi mtoto wangu ruhusa ya kusikia au kuona kukamilika kwa kiwango cha darasa au wasiwasi wa wafanyikazi wa shule.

Jina la Mtoto: _____ DOB: _____

Saini ya Mlezi: _____ Tarehe: _____