

健康机密信息

发生紧急事件时，学校教职员工将联络911。
同时，会尽一切努力联系学生家长、监护人或指定的紧急联系人。

学生信息

名字：	姓氏：	中间名：	出生日期：	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年级
学校名称：					
学生是否有医疗保险？ <input type="checkbox"/> 私人 <input type="checkbox"/> 医疗协助 <input type="checkbox"/> 无保险		学生是否有牙科保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

现有健康问题

请在下面勾选学生在参与教学活动中可能会在健康方面遭受的一些影响。该信息应传达给相关的FCPS职员。

学生没有任何健康问题

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> 肿瘤 |
| <input type="checkbox"/> 过敏 (请选择适用选项) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 食物 _____ | <input type="checkbox"/> 听觉障碍 <input type="checkbox"/> 听力辅助 |
| <input type="checkbox"/> 蜂叮虫咬 _____ | <input type="checkbox"/> 心脏问题 _____ |
| <input type="checkbox"/> 药物 _____ | <input type="checkbox"/> 精神疾病 _____ |
| <input type="checkbox"/> 杀虫剂/化学剂* _____ | <input type="checkbox"/> 肢体残疾 _____ |
| <input type="checkbox"/> 其它 _____ | <input type="checkbox"/> 癫痫 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘：在过去12个月内，学生是否有哮喘发作
的经历？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 视觉障碍 _____ |
| <input type="checkbox"/> 凝血障碍 _____ | <input type="checkbox"/> 非隐形眼镜 <input type="checkbox"/> 隐形眼镜 |
| | <input type="checkbox"/> 其它 _____ |

本健康状况信息自上一学年以来发生了变化

*FCPS 通过综合虫害治理计划来发现和治理学校中的虫害问题。小学在校内的楼宇或地面施用杀虫剂时，必须提前24小时向教职员工和家长/监护人发出通知。初中和高中施用杀虫剂时，必须向填写了书面通知请求的学生的家长、监护人或教职员工发出通知；每所学校均提供有通知表格以供填写，学校必须每学年收集一次更新的表格。详细信息请参阅FCPS校历手册，或者联系学生所在学校。

药物

请列出学生定期服用的所有药物制剂

无需在学校服用药物

如果学生需要在学校服用非处方或处方药，或者需要接受治疗，医疗服务提供者和家长必须填写并提交相关的授权表。请从学校的保健职员处索取表格，或者登录网址 <http://www.fcps.org/>，单击Forms (表格) 并下载。

药物： _____

我特此授权并同意学校在无法与我取得联系时向医疗服务机构进行紧急医疗求助并使用紧急交通工具。我理解并授权FCPS/弗雷德里克郡卫生署员工和急救人员出于合法的医护/教育目的而使用我向学校提交的学生医疗记录和其它医疗保健信息。

家长/监护人姓名 (正楷书写)： _____ 首要联系电话： _____

家长/监护人签名： _____ 日期： _____