

기밀 건강 정보

위급 상황이 발생하면 교직원 911 에 연락합니다.

동시에 학부모, 보호자 또는 지정 비상 연락처로 연락하기 위해 최선을 다 할 것입니다.

학생 정보

성:	이름:	가운데 이름:	생년월일:	성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	학년
학교명:					
건강 보험에 가입했습니까? <input type="checkbox"/> 민간 <input type="checkbox"/> 의료 지원 <input type="checkbox"/> 비가입		치과 보험에 가입했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			

유이가 필요한 현재 건강 상태 정보

다음 중에서 학생의 교육 일정에 영향을 줄 수 있는 건강 상태 항목에 표시해주시기 바랍니다. 이 정보는 알맞은 경우 FCPS 직원에게 전달될 수 있습니다.

특별히 유의해야 할 건강 상태 정보가 없습니다.

<input type="checkbox"/> 주의력 결핍증/주의력결핍 과잉행동장애 <input type="checkbox"/> 알레르기(해당하는 항목에 모두 표시) <input type="checkbox"/> 식품 _____ <input type="checkbox"/> 벌침/벌레 물림 _____ <input type="checkbox"/> 약물 _____ <input type="checkbox"/> 살충제/화학 약품* _____ <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 천식: 지난 12 개월 동안 학생이 천식 증상을 보인 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 혈액 관련 장애 _____	<input type="checkbox"/> 압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 청각 장애 <input type="checkbox"/> 보청기 <input type="checkbox"/> 심장병 _____ <input type="checkbox"/> 정신 건강 관련 진단 _____ <input type="checkbox"/> 신체 장애 _____ <input type="checkbox"/> 발작 <input type="checkbox"/> 시력 문제 _____ <input type="checkbox"/> 안경 <input type="checkbox"/> 콘택트렌즈 <input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 지난 학년도와 비교하여 건강 상태가 변경되었습니다.	

*FCPS 는 통합된 해충 관리 프로그램으로 교내 해충 문제를 식별하고 관리합니다. 초등학교는 학교 건물 내 또는 운동장에서 살충제를 사용하는 경우 이에 대해 교직원과 모든 학생의 학부모/보호자에게 살충제 사용 24 시간 전에 미리 알려야 합니다. 중학교 및 고등학교는 서면으로 알림 요청서를 제출하는 학부모, 보호자 및 직원에게만 알림을 보냅니다. 요청서 양식은 학교에서 제공받을 수 있으며 매 학년도마다 갱신되어야 합니다. 더 자세한 정보는 FCPS Calendar Handbook(FCPS 일정 안내서)을 참조하시거나 학생이 소속된 학교에 문의하십시오.

약물

학생이 정기적으로 투약 받는 모든 약물 및 복용약을 기재하십시오.

약물을 학교에 요청하지 않습니다.

학생이 처방전 없이 구입할 수 있는 약이나, 처방약 또는 치료를 학교에서 받을 수 있도록 하려면 의료인이나 학부모는 반드시 알맞은 승인 양식을 작성해서 제출해야 합니다. 양식은 학생이 속한 학교의 양호실 직원에게서 또는 <http://www.fcps.org/> (Forms 클릭) 사이트에서 제공받을 수 있습니다.

약물: _____

본인은 학교측에서 본인에게 연락을 취할 수 없는 경우 학교에서 자녀(보호 학생)에게 응급 진료 서비스를 받을 수 있도록 지원해주고 필요한 경우 진료 시설로 응급 이송하도록 조치한다는 것에 승인하며 동의합니다. 본인은 학교에 제출한 자녀(보호 학생)의 의료 기록이나 기타 의료 정보가 해당 의료 기록 및 정보를 열람할 합법적 의료/교육 목적이 있는 FCPS/프레더릭 카운티 보건정책부 직원 및 구급 대원에게 전달될 것이라는 점을 이해하며 이를 승인합니다.

학부모/보호자 성명 (정자로 기입): _____ 연락 가능한 주요 전화 번호 _____

학부모/보호자 서명: _____ 날짜 _____