



Hồ Sơ Học Sinh 6

Maryland State Department of Education
Maryland Department of Health (MDH)
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Rockville, Maryland

MCPS Form SR-6
Tháng Giêng, 2018
Trang 1 của 4

HỒ SƠ KHÁM SỨC KHỎE CÁC TRƯỜNG MARYLAND

Cho Phụ huynh hay Giám hộ:

Để con quý vị được vào học tại một trường công lập Maryland lần đầu, những điều sau đây là **bắt buộc**:

- **Một cuộc khám sức khỏe bởi một người cung cấp dịch vụ y tế có thẩm quyền phải được thực hiện trong vòng chín tháng trước ngày vào học trong hệ thống trường công lập hay trong vòng sáu tháng sau ngày vào học trong hệ thống trường học.** Một mẫu khám sức khỏe được Bộ Giáo Dục Tiểu Bang Maryland và Bộ Y Tế Tiểu Bang Maryland chỉ định phải được sử dụng để đáp ứng điều kiện này.
- **Chúng có từ chủng ngừa lần đầu đầy đủ chống một số các bệnh hay lây của trẻ em là bắt buộc cho tất cả các học sinh tại các lớp chuẩn bị đi học đến lớp 12.** Một mẫu Chứng Nhận Chủng Ngừa Maryland cho các học sinh mới ghi danh học có thể lấy tại Sở Y Tế và Xã Hội địa phương hay từ nhân viên trường học. Biểu mẫu này và các chủng ngừa bắt buộc phải được hoàn tất trước khi con quý vị có thể đến trường. (Form MDH 896).
- **Chúng có thử nghiệm chất chì trong máu là cần phải có cho tất cả các học sinh mà sống trong phạm vi nguy cơ được chỉ định hay ghi danh trong Medicaid khi vào học lần đầu tiên lớp Chuẩn bị Mẫu giáo, Mẫu giáo, và Lớp 1, và cho tất cả các trẻ em sanh vào hay sau Ngày 1 tháng Giêng, 2015.** Chứng Chỉ Thử Chất Chì trong Máu (DHMH 4620) của Maryland Department of Health and Mental Hygiene (hay một tài liệu viết nào khác được ký bởi một người cung cấp dịch vụ y tế có thẩm quyền) phải được dùng để đáp ứng điều kiện này.

Các chủng ngừa sẽ được miễn nếu những việc này trái ngược với tín ngưỡng của một học sinh hay gia đình, và cần chữ ký của phụ huynh/giám hộ trên MDH Form 896. Học sinh cũng có thể được miễn các điều kiện về chủng ngừa nếu một người cung cấp dịch vụ y tế có thẩm quyền chứng nhận là em có lý do y khoa để không phải nhận một chủng ngừa. Việc thử chất chì trong máu được miễn nếu nó trái ngược với niềm tin và thực hành tôn giáo của gia đình. Chứng Chỉ Thử Chất Chì trong Máu phải được một người cung cấp dịch vụ y tế có thẩm quyền ký tên nói là một bản câu hỏi đã được điền.

Thông tin về sức khỏe trên mẫu này sẽ chỉ được chia sẻ với những nhân viên y tế và giáo dục mà có sự quan tâm giáo dục chính đáng về con quý vị.

Để giúp con quý vị đạt được nhiều nhất từ kinh nghiệm giáo dục của em, xin quý vị hãy điền Phần I của mẫu Khám Sức Khỏe này. Phần II phải được một người cung cấp dịch vụ y tế có chứng nhận hoàn tất, hay hãy đính kèm một bản sao của kết quả khám sức khỏe của con quý vị vào đơn này. Nếu con quý vị cần thuốc và/hay một điều trị được thi hành tại trường học, quý vị phải yêu cầu một người cung cấp dịch vụ y tế có thẩm quyền hoàn tất một mẫu cho uống thuốc và/hay điều trị cho mỗi loại thuốc và hay điều trị cần được thi hành. Những mẫu đơn này có thể lấy tại trường học con quý vị hay trên mạng của Các Trường Công Lập Quận Montgomery (MCPS) tại www.montgomeryschoolsmd.org: MCPS Form 525-12, Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment, Release and Indemnification Agreement/Giấy cho phép cung cấp điều trị y khoa được chỉ định, Thỏa Thuận về Giải Trừ Trách Nhiệm và Bồi Hoàn, MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement/Giấy cho phép uống thuốc như được chỉ định, Thỏa Thuận về Giải Trừ Trách Nhiệm và Bồi Hoàn, MCPS Form 525-14, Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector/Chăm Sóc Khẩn Cấp cho Học Sinh với Phản Ứng Quá Mẫn Tính. Nếu quý vị không có một người cung cấp dịch vụ y tế có thẩm quyền hay nếu con quý vị cần một quy trình y tế cá nhân đặc biệt, xin hãy liên lạc với hiệu trưởng và/hay y tá tại trường học con quý vị.

Xin hãy điền mẫu Khám Sức Khỏe này và gửi lại cho trường con quý vị càng sớm càng tốt.

PHẦN 1 THĂM ĐỊNH SỨC KHỎE		Do phụ huynh/giám hộ điền		MCPS ID#
Tên Học Sinh (Họ, Tên, Tên lót)		Ngày sinh (Tháng, Ngày, Năm)	Tên Trường Học	
			Cấp Lớp	
Địa chỉ (Số nhà, Đường, Thành phố, Tiểu bang, Zip)			Số Điện thoại	
Tên Phụ huynh/Giám hộ				
Quý vị thường đưa con quý vị đến đâu để săn sóc sức khỏe thông thường? Tên: _____ Địa Chỉ: _____			Số điện thoại	
Lần cuối con quý vị được khám sức khỏe là khi nào? Tháng Năm				
Lần cuối con quý vị được khám răng là khi nào? Tháng Năm				
Quý vị thường đưa con quý vị đến đâu để được săn sóc răng? Tên: _____ Địa Chỉ: _____			Số điện thoại	

THĂM ĐỊNH SỨC KHỎE HỌC SINH			
Theo sự hiểu biết tốt nhất của quý vị, con quý vị có bất cứ vấn đề nào với những điều sau đây không? Xin quý vị hãy đánh dấu vào Có hay Không dưới đây.			
	Có	Không	Lời bình luận
Tính quá mẫn hay các dị ứng trầm trọng			
Dị ứng (Thức ăn, Sâu bọ, Thuốc, Nhựa)			
Dị ứng (Theo mùa)			
Hen suyễn hay Vấn đề về Hô hấp			
Vấn đề về Hành vi hay Tình cảm			
Khuyết tật khi Sinh			
Vấn đề Chảy máu			
Bệnh Liệt não			
Vấn đề về Răng			
Bệnh Tiểu đường			
Vấn đề về Tai hay Điếc			
Vấn đề về Mắt hay Nhìn			
Chấn thương ở Đầu			
Vấn đề Tim			
Vào Bệnh viện (Khi nào, Ở đâu, Tại sao)			
Ngộ độc/Phơi nhiễm Chất Chì			
Khó khăn học tập/khuyết tật			
Giới hạn về Hoạt động Thể chất			
Viêm Màng Não			
Sanh non			
Vấn đề với Bọng đái			
Vấn đề với Ruột			
Vấn đề với Ho			
Động kinh			
Bệnh Thiếu Máu do Tế Bào Hình Liềm			
Vấn đề về Nói			
Mổ			
Khác			

Con quý vị có uống bất cứ thuốc nào không? Không Có
 Nếu có, tên của (các) loại thuốc: _____

Con quý vị sẽ cần uống bất cứ loại thuốc nào tại trường học không? Không Có
 Nếu có, tên của (các) loại thuốc: _____

Con quý vị sẽ cần bất cứ loại thuốc khẩn cấp nào (epinephrine auto-injectors, inhalers, glucagon, Diastat, nebulized medication, v.v.) phải dùng tại trường không? Không Có Nếu có, xin liệt kê _____

Con quý vị sẽ cần bất cứ điều trị đặc biệt nào (ăn uống qua G-tube, ống thông nước tiểu, v.v.) tại trường học không? Không Có
 Nếu có, xin liệt kê _____

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ _____ Ngày _____

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT To be completed ONLY by authorized health care provider		MCPS ID#	
Student's Name (Last, First, Middle)	Birthdate (Mo., Day, Yr.)	Name of School	Grade
1. Does the child have a diagnosed medical condition? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ _____			
2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while at school? (e.g., seizure, severe allergic reaction/anaphylaxis to food or insect sting, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please work with the school nurse to develop an emergency plan. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ _____			
3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____			

EVALUATION FINDINGS/CONCERNS						
PHYSICAL EXAM	WNL	ABNL	Area of Concern	HEALTH AREA OF CONCERN	Yes	No
Head				Attention Deficit/Hyperactivity		
Eyes				Behavior/Adjustment		
ENT				Development		
Dental				Hearing		
Respiratory				Immunodeficiency		
Cardiac				Lead Exposure/Elevated Lead		
GI				Learning Disabilities/Problems		
GU				Mobility		
Musculoskeletal/Orthopedic				Nutrition		
Neurological				Physical Illness/Impairment		
Skin				Psychosocial		
Endocrine				Speech/Language		
Psychosocial				Vision		
				Other		

REMARKS: (Please explain any abnormal findings/health concerns.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS:** MDH 896 is required to be completed and attached by an authorized health care provider **or** a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis. No Yes

(MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement and/or MCPS Form 525-14, Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector, must be completed for medication administration in school).

6. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction. No Yes

7. Screenings	Results (actual value, or positive/negative)	Date Taken
Tuberculin Test		
Blood Pressure/Heart Rate		
Height		
Weight		
BMI %tile		
Blood Lead Testing (DHMH 4620)		

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (continued)
To be completed ONLY by authorized health care provider

(Student Name) _____ has had a complete physical examination and has:

- No evident problem that may affect learning or full school participation Problems noted above

Additional Comments:

Name of Authorized Health Care Provider (Type or Print)	Phone No.	Authorized Health Care Provider Signature	Date
---	-----------	---	------