



学生健康信息和关于学校健康服务的父母/监护人同意书

本同意书由父母/监护人填写，以向学校提供学生健康信息，并表明是否同意学生接受学校提供的下列任何健康服务，请在填妥后交回学校。所有项目均须填写。

学号	学生名字	中间名首字母缩写	姓氏	性别	出生日期
父母/监护人名字		姓氏	电话号码		与学生的关系

根据佛罗里达州法令 (Florida Statutes (F.S.)) 第 1014.06(1) 条的要求，如果学生在校期间需要接受治疗，则其父母或法定监护人必须授权 F.S. 第 456.001 条和第 1006.062 条所定义的医疗保健医生或其代表为学生提供医疗保健服务。

如有必要，将在紧急医疗服务人员抵达学校之前先行提供急救、心肺复苏 (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR))、自动体外除颤器 (Automated External Defibrillator (AED)) 等紧急医疗服务。

针对各项服务，请选择“是”或“否”：

医疗保健服务包括针对疾病和受伤而提供的护理及治疗：是 否

是 - 代表授权此类治疗，包括但不限于学生在校期间所报告或观察到的重大或轻微受伤或疾病。如未回答，代表拒绝接受医疗保健治疗。

否 - 代表一旦学生出现任何医疗问题，我们将致电联系父母或监护人将学生接走。此选项适用于学生感觉生病、头痛或受伤（例如割伤、擦伤、撞伤或瘀伤）等各种情况。针对任何严重情况，我们将致电联系 EMS。

根据 F.S. 第 381.0056(6)(e) 条，学生将接受有关听力、脊柱侧弯、生长和发育 (BMI)、视力和牙齿的非侵入性健康筛查。但是，父母或监护人可以在下列方框中勾选“否”，选择不接受筛查。（在父母提出撤销前，许可将持续生效。如需更多信息，请参阅《学区学生和手册》。）

听力筛查：是 否

脊柱侧凸筛查：是 否

生长和发育筛查（身高体重指数）：是 否

视力筛查：是 否

牙齿筛查：是 否

氟化钠计划面向当地供水中不含氟化物的学校。本人同意本人子女参加氟化钠计划以预防蛀牙。是（许可持续生效至 5 年级）
否

过敏症、药物、医疗问题和医生信息

学生是否有危及生命的过敏症？是（如勾选“是”，请向护士提供一份清单）否

学生是否服用/使用药物？是（如勾选“是”，请向护士提供一份清单）否

学生是否有医疗问题？是（如勾选“是”，请向护士提供一份清单）否

学生是否曾被转介以接受与学校开除、导致控告的逮捕或青少年司法案件有关的心理健康服务？是 否

学生健康保险（请勾选所有适用项） Medicaid 健康儿童计划 (Healthy Kids)/ 私人 无任何保险
儿童关怀计划 (Kid Care)

医生姓名 _____ 医生电话号码 _____

注意：学校医务室工作人员或学校工作人员在使用日常或必要处方或非处方药物、执行医疗程序或提供医疗服务时，一律需要提供医生授权以及本表格。

本人了解，在上述学生转至其他学区、毕业或本人书面表明希望撤销关于学校健康服务的本同意书之前，本同意书将持续有效。

父母/监护人正楷姓名

父母/监护人签名

日期