



ОТДЕЛ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВЕНСТВА И БЛАГОПОЛУЧИЯ УЧАЩИХСЯ  
ШКОЛЬНОГО ОКРУГА PALM BEACH

## Информация о состоянии здоровья учащегося и согласие родителя/опекуна на предоставление школьных медицинских услуг

Этот документ должен быть заполнен родителем/опекуном и возвращен в школу для предоставления информации о здоровье учащегося и согласия на получение всех перечисленных ниже школьных медицинских услуг. Все пункты являются обязательными для заполнения.

Номер учащегося	Имя учащегося	Средний инициал	Фамилия	Пол	Дата рождения
Имя родителя/опекуна		Фамилия		Номер телефона	Кем приходится учащемуся

В соответствии с требованиями раздела 1014.06(1) законодательства штата Флорида родители или законные опекуны должны разрешить предоставлять медицинские услуги учащемуся практикующим врачом или его представителем, как определено в разделах 456.001 и 1006.062 законодательства штата Флорида, если в них возникнет необходимость, пока учащийся находится на территории школы.

**При необходимости неотложные медицинские услуги, такие как первая помощь, сердечно-легочная реанимация или использование автоматического наружного дефибриллятора, будут оказываться до прибытия на территорию школы медицинских служб, предоставляющих неотложную помощь.**

Для каждой услуги выберите «Да» или «Нет»:

Медицинские услуги, включая уход, а также лечение заболеваний и травм:  Да  Нет

**Да** — такое лечение будет разрешено в случае, помимо прочего, серьезных или незначительных травм либо заболеваний, о которых было сообщено или которые наблюдались во время пребывания учащегося в школе. Отсутствие ответа будет означать отказ от медицинского обслуживания.

**Нет** — по всем медицинским вопросам будет осуществляться звонок родителям или опекунам с просьбой забрать учащегося. Это касается всех случаев, когда учащиеся плохо себя чувствуют, у них болит голова или есть травмы, такие как порезы, царапины, шишки или синяки. Скорая помощь будет вызвана в любой ситуации, которая покажется персоналу серьезной.

Учащиеся будут проходить неинвазивные медицинские обследования: проверку слуха и зрения, обследование на наличие сколиоза, оценку роста и развития (ИМТ), а также стоматологический осмотр в соответствии с разделом 381.0056(6)(е) законодательства штата Флорида, если родители или опекуны не откажутся от этого, отметив «Нет» ниже. *(Разрешение действительно до тех пор, пока родитель не отменит его. Подробнее см. в Руководстве для учащихся округа и их семей [District Student and Family Handbook].)*

Проверка слуха:  Да  Нет

Обследование на наличие сколиоза:  Да  Нет

Оценка роста и развития (индекс массы тела):  Да  Нет

Проверка зрения:  Да  Нет

Стоматологический осмотр:  Да  Нет

Программа полоскания рта раствором с фторидом натрия предлагается в школах, где в местной водопроводной воде нет фтора. Я разрешаю учащемуся участвовать в программе полоскания рта раствором с фторидом натрия для профилактики кариеса.  Да (разрешение действительно до 5-го класса)  Нет

### Аллергия, лекарства, проблемы со здоровьем и контактная информация врача

Есть ли у учащегося опасные для жизни аллергии?  Да (предоставьте их список медсестре)  Нет

Принимает ли учащийся лекарства?  Да (предоставьте их список медсестре)  Нет

Имеются ли у учащегося проблемы со здоровьем?  Да (предоставьте их список медсестре)  Нет

Есть ли у учащегося направление на получение услуг по охране психического здоровья, связанное с исключением из школы, арестом, повлекшим за собой обвинение, или мер, принятых органами ювенальной юстиции?  Да  Нет

Медицинское страхование учащегося (отметьте все соответствующие варианты)  Medicaid  Healthy Kids / Kid Care  Частное страхование  Не имеет страхования

Имя врача \_\_\_\_\_

Номер телефона врача \_\_\_\_\_

*Примечание. Эта форма, в дополнение к разрешению врача, потребует сотрудничества школьной клиники или школьного персонала для ежедневного или по мере необходимости приема предписанных либо безрецептурных лекарств, проведения медицинских процедур или оказания медицинской помощи.*

Я понимаю, что данное согласие будет действовать до тех пор, пока вышеуказанный учащийся не перейдет в другой школьный округ, не закончит школу или пока я не укажу в письменном виде, что хочу отозвать данное согласие на школьные медицинские услуги.

Имя и фамилия родителя/опекуна  
печатными буквами

Подпись родителя/опекуна

Дата