

**MẪU GHI DANH LỚP MẪU GIÁO CHUYỂN TIẾP (TK)/MẪU GIÁO
CHO NIÊN HỌC 2019-2020**

Kể từ ngày 1 tháng 3 năm 2019, Học Khu Oak Grove sẽ bắt đầu nhận đơn ghi danh cho các em sẽ vào học lớp mẫu giáo chuyển tiếp (TK) và mẫu giáo vào tháng 8 năm 2019. Các em sinh trước hoặc vào ngày 1 tháng 9 năm 2014 có thể ghi danh vào chương trình học mẫu giáo. **CÁC EM CÓ NGÀY SINH TỪ 2 THÁNG 9, 2014 VÀ 2 THÁNG 12, 2014 CÓ THỂ GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH MẪU GIÁO CHUYỂN TIẾP CỦA HỌC KHU OAK GROVE.**

**PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ CẦN MANG NHỮNG GIẤY TỜ SAU ĐÂY KHI ĐẾN GHI DANH CHO CÁC EM.
(Xin dùng tờ thông báo này để kiểm lại những giấy tờ mà quý vị cần mang theo.)**

1. Giấy chứng minh tuổi (có thể dùng một trong những giấy tờ sau đây):

- Bản sao giấy khai sinh có thị thực chữ ký
- Bản chính giấy chứng nhận ngày sinh do quận hạt cấp (giấy chứng nhận của bệnh viện sẽ không được chấp thuận)
- Giấy thông hành

2. Giấy xác nhận nơi cư trú (có thể dùng một trong những giấy tờ sau đây):

- Hóa đơn điện nước (điện thoại, điện, nước, v.v...)
- Hợp đồng thuê mướn nhà
- Giấy xác nhận nơi cư trú - nếu quý vị không mướn hay làm chủ nhà, nhưng thuê phòng của một căn nhà nào đó, thì chủ nhà và quý vị phải cùng đến văn phòng với giấy tờ xác nhận nơi cư trú (phần "a" hoặc "b"). Quý vị và chủ nhà đều phải ký vào giấy xác nhận nơi cư trú với sự hiện diện của nhân viên nhà trường.

3. Giấy chứng nhận của bác sĩ có ghi rõ tháng và năm của những lần chích ngừa sau đây:

- Ngừa bệnh bại liệt (OPV hay IPV) 4 lần** nhưng 3 lần cũng được chấp thuận nếu lần cuối cùng được chích sau khi em học sinh được 4 tuổi.
- DTaP – 5 lần** nhưng 4 lần cũng được chấp thuận nếu lần cuối cùng được chích sau khi em học sinh được 4 tuổi.
 - Bệnh bạch hầu
 - Bệnh ho gà
 - Bệnh phong đòn gánh
- MMR (2 lần)** Cả hai mũi đều phải được chích vào hoặc sau sinh nhật 1 tuổi.
 - Bệnh ban sởi
 - Bệnh quai bị
 - Bệnh phong chẩn
- Bệnh viêm gan B (3 lần)**
- Bệnh đậu mùa (2 lần)** vào hoặc sau sinh nhật 1 tuổi.
- Mẫu Đơn TB Risk Assessment for School Entry Form** của Sở Y Tế Quận Hạt Santa Clara do bác sĩ gia đình hoàn tất trong vòng **12 tháng** trước ngày ghi danh nhập học.

4. Khám sức khỏe tổng quát (các em phải được khám sức khỏe tổng quát sau ngày 1 tháng 3 năm 2019).

5. Khám răng (các em phải được khám răng sau ngày 1 tháng 8 năm 2018).

LƯU Ý: LUẬT TIỂU BANG QUY ĐỊNH mỗi học sinh phải được khám sức khỏe tổng quát trong vòng 18 tháng trước khi vào lớp 1. Điều lệ của Học Khu quy định các em phải được khám sức khỏe không quá sáu tháng trước khi nhập học mẫu giáo (sau ngày 1 tháng 3 năm 2019). Mẫu giấy báo cáo của bác sĩ có kèm theo tài liệu ghi danh nhập học này. Hầu hết các bác sĩ muốn khám sức khỏe tổng quát cho học sinh khi bỏ túc hồ sơ chích ngừa của em.

Ghi danh nhập học mẫu giáo sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 3 năm 2019. Phụ huynh của các em lớp TK cần phải điền đơn xin học lớp TK rồi nộp lại cho Văn Phòng Học Khu. Mọi thắc mắc, xin quý vị liên lạc Văn Phòng Xin Chuyển Trường của Học Khu Oak Grove tại số điện thoại (408) 227-8300, số chuyển tiếp 100208.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last First Middle BIRTH DATE—Month/Day/Year

ADDRESS—Number, Street City SCHOOL

ZIP code

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTaP/DT/Id (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119, Phone: (408) 227-8300, Fax: (408) 629-7183

Kính thưa quý phụ huynh hoặc giám hộ:

Luật California hiện quy định con em quý vị phải được khám răng trước khi nhập học mẫu giáo hay lớp một, tùy theo năm em xin ghi danh nhập học tại một trường công lập. Học Khu Oak Grove quy định học sinh phải được khám răng trước khi nhập học mẫu giáo, trong vòng 12 tháng trước khi em vào học. Luật cũng đề ra rằng học sinh phải được một nha sĩ đã được cấp giấy phép hay một chuyên viên có giấy phép hành nghề về nha khoa khám răng cho em.

Quý vị có thể dùng mẫu đơn (Oral Health Assessment/Waiver Request) đến văn phòng nha sĩ khi đưa con em đi khám răng. Nếu quý vị không thể đưa con em mình đi khám răng, xin ghi rõ lý do trong Phần 3 của mẫu đơn này.

Sau đây là cách tìm một nha sĩ cho con em quý vị hầu đáp ứng được quy định này:

1. Gọi Medi-Cal/Denti-Cal ở số miễn phí (1-800-322-6384) hay vào trang mạng www.denti-cal.ca.gov để tìm nha sĩ có nhận bảo hiểm Denti-Cal.
2. Gọi Healthy Families ở số miễn phí (1-800-880-5305) hay vào trang mạng <http://www.benefitscal.com/> để tìm nha sĩ có nhận bảo hiểm của chương trình Healthy Families.
3. Chương trình Healthy Kids cũng là một chương trình bảo hiểm giá thấp. Quý vị có thể gọi số miễn phí **1-800-821-5437** để tìm hiểu xem con em quý vị có đủ điều kiện gia nhập chương trình này không.

Xin lưu ý là con em quý vị sẽ không sẵn sàng đi học nếu không có hàm răng tốt! Sau đây là một số chi tiết quan trọng cần để giúp con em quý vị sống lành mạnh:

- Khám răng định kỳ hai lần hàng năm.
- Chọn thức ăn lành mạnh cho cả gia đình. Thức ăn tươi thường là loại thực phẩm lành mạnh nhất.
- Dùng loại kem đánh răng có chất flouride và đánh răng ít nhất hai lần mỗi ngày.
- Hạn chế ăn kẹo và các loại nước uống có chứa đường như soda, v.v.. Các loại nước uống có chứa đường và kẹo dễ gây sâu răng và thay thế các chất dinh dưỡng quan trọng trong bữa ăn của con em. Càng dùng ít các loại thức ăn này càng tốt!

Răng sữa là rất quan trọng. Chúng không chỉ là loại răng sẽ rụng sau một thời gian. Trẻ con cần phải có đầy đủ răng để ăn, trò chuyện, mỉm cười, và cảm thấy tự tin về mình. Các em bị sâu răng có thể gặp khó khăn khi ăn uống, không muốn cười và chú ý nghe giảng và học hành trong lớp. Răng sâu là một loại nhiễm trùng không tự lành được và gây đau đớn nếu không được chữa trị. Nếu răng sâu không được chữa trị, trẻ em có thể cảm thấy mệt mỏi và có thể phải đưa vào bệnh viện cấp cứu và răng của em có thể bị hư vĩnh viễn.

Có rất nhiều điều gây ảnh hưởng đến sự tiến bộ và thành công trong trường học, bao gồm sức khỏe. Trẻ em phải khỏe mạnh thì mới có thể học hành được, và những em bị sâu răng là không lành mạnh. Sâu răng có thể được phòng ngừa nhưng nó ảnh hưởng đến nhiều trẻ con hơn là các loại bệnh kinh niên.

Mọi thắc mắc về quy định của tiểu bang về việc khám răng, xin quý vị liên lạc Y Tá Học Khu, cô Lindsey tại số điện thoại 408-227-8300, số chuyên tiếp 300267 hay cô Marailee tại số 408-227-8300, số chuyên tiếp 300266.

Mẫu Đánh Giá Về Sức Khỏe Răng Miệng

Luật California hiện quy định con em quý vị phải được khám răng trước khi nhập học mẫu giáo hay lớp một, tùy theo năm em xin ghi danh nhập học tại một trường công lập. Học Khu Oak Grove quy định học sinh phải được khám răng trước khi nhập học mẫu giáo, trong vòng 12 tháng trước khi em vào học. Luật cũng đề ra rằng học sinh phải được một nha sĩ đã được cấp giấy phép hay một chuyên viên có giấy phép hành nghề về nha khoa khám răng cho em.

Phần 1: Chi Tiết về Học Sinh (Do phụ huynh hoặc người giám hộ hoàn tất)

Tên học sinh:	Họ:	Tên đệm:	Ngày sinh:
Địa chỉ:			Số phòng:
Thành Phố:			Mã bưu điện:
Tên trường học:	Tên giáo viên:	Lớp:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Tên phụ huynh/người giám hộ:	Chủng tộc/dân tộc: <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Da đen/Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Châu Mỹ La tinh <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Mỹ gốc da đỏ <input type="checkbox"/> Đa chủng <input type="checkbox"/> Chủng tộc khác _____ <input type="checkbox"/> Dân bản xứ Hawaii/Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Không biết		

Phần 2: Thu Thập Thông Tin Về Tình Trạng Răng Miệng (Oral Health Data Collection) Do chuyên viên có giấy phép hành nghề hoàn tất (to be completed by the dental professional conducting the assessment)

Ngày đánh giá (assessment date)	Đã bị sâu răng và/hay bị trám răng (visible caries and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Có (yes) <input type="checkbox"/> Không (no)	Đã bị sâu răng thấy rõ (visible caries present) <input type="checkbox"/> Có (yes) <input type="checkbox"/> Không (no)	Tình trạng khẩn cấp về chữa trị (treatment urgency) <input type="checkbox"/> Không có vấn đề gì rõ rệt (no obvious problem found) <input type="checkbox"/> Cần phải theo dõi sớm về tình trạng răng (đã bị sâu răng nhưng chưa bị đau hoặc bị nhiễm trùng; hoặc con em cần lớp bảo vệ răng hay cần được đánh giá thêm). (early dental care recommended - caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Cần được chăm sóc ngay (bị đau răng, bị nhiễm trùng, bị sưng hay thương tổn mô răng). (urgent care needed – pain, infection, swelling or soft tissue)
---------------------------------	---	---	--

Chữ ký của chuyên viên có giấy phép hành nghề

Số giấy phép hành nghề ở CA

Ngày

Return this form to the school prior to kindergarten entry

Original to be kept in child's school record

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Male/Female School: _____
Last, First month/day/year

Address _____ Phone: _____ Grade: _____
Street City Zip

Santa Clara County Public Health Department TB Risk Assessment for School Entry

This form must be completed by a licensed health professional and returned to the child's school.

1. Was your child born in Africa, Asia, Latin America, or Eastern Europe? Yes No
2. Has your child traveled to a country with a high TB rate* (for more than a week)? Yes No
3. Has your child been exposed to anyone with tuberculosis (TB) disease? Yes No
4. Has a family member or someone your child has been in contact with had a positive TB test or received medications for TB? Yes No
5. Was a parent, household member or someone your child has been in close contact with, born in or traveled to a country with a high TB rate? Yes No
6. Has another risk factor for TB (i.e. one of those listed on the back of this page)? Yes No

* This includes countries in Africa, Asia, Latin America or Eastern Europe. For travel, the risk of TB exposure is higher if a child stayed with friends or family members for a cumulative total of 1 week or more.

If YES, to any of the above, the child has an increased risk of TB infection and should have a TST/IGRA.

All children with a positive TST/IGRA result must have a medical evaluation, including a chest X-ray. Treatment for latent TB infection should be initiated if the chest X-ray is normal and there are no signs of active TB. If testing was done, please attach or enter results below.

Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Date given: _____ Date read: _____	Induration _____ mm Impression: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date: _____	Impression: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Indeterminate
Chest X-Ray (required with positive TST or IGRA) Date: _____	Impression: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal finding
<input type="checkbox"/> LTBI treatment (Rx & start date):	<input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration):
<input type="checkbox"/> Contraindications to INH or rifampin for LTBI	<input type="checkbox"/> Offered but refused LTBI treatment

Providers, please check one of the boxes below and sign:

Child has no TB symptoms, none of the above or other risk factors for TB and does not require a TB test.

Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease.

Health Provider Signature, Title **Date**

Name/Title of Health Provider:

Facility/Address:

Phone number:

Fax number:

TÀI LIỆU Bệnh Lao (TB) và Nhiễm Trùng Lao Tiềm Ẩn

Tuberculosis (TB) and Latent TB Infection FACT SHEET- Vietnamese

Bệnh Lao (TB) là Bệnh Gì?

Bệnh Lao (TB) là bệnh nhiễm trùng, do vi trùng bay trong không khí và lây từ người này sang người khác. Mặc dù vi trùng Lao thường gây bệnh ở phổi nhưng cũng có thể gây bệnh ở bất cứ bộ phận nào của cơ thể, như là các hạch, xương, thận, và não bộ. Bệnh lao có thể gây bệnh trầm trọng và dẫn đến tử vong. Rất may là bệnh này có thể ngăn ngừa, điều trị và chữa khỏi bệnh!

Các Triệu Chứng của Bệnh Lao Là Gì?

Các triệu chứng bệnh Lao (TB) có thể là sốt, xuống cân, toát mồ hôi đêm, và mệt mỏi. Khi bị Lao Phổi, triệu chứng còn có thêm là ho kéo dài hơn 2-3 tuần, ho ra máu và đau ngực. Nếu có bất cứ triệu chứng nào, quý vị phải đến bác sĩ ngay!

Bệnh Lao có phải là một vấn đề của Hạt Santa Clara (SCC)?

Có. Tỷ lệ bệnh lao tại SCC cao, đứng hàng thứ ba trong tất cả các quận hạt tại California, sau Los Angeles và San Diego. Tỷ lệ bệnh Lao trong SCC cao gấp 3 lần tỷ lệ toàn quốc. Ước lượng có 8.5% cư dân SCC có bệnh Lao Tiềm Ẩn, mặc dù hầu hết đều không biết là họ có bệnh này.

Ai bị Ảnh Hưởng Lao trong Hạt Santa Clara?

Bệnh Lao (TB) có thể gây bệnh cho bất cứ người nào cư ngụ, làm việc, hoặc hít thở không khí gần một người có bệnh Lao, bất kể tuổi, sắc dân, hoặc tình trạng kinh tế xã hội. Trên 90% người bệnh Lao trong SCC đều sanh ra ở ngoài nước Mỹ, mặc dù hầu hết đã sống tại Mỹ trên 5 năm. Trong SCC, đa số bệnh nhân bị lao đều sanh ra tại Việt Nam, Phi Luật Tân và Ấn Độ.

Bệnh Lao Truyền Nhiễm Như Thế Nào?

Vi trùng Lao lây từ người này sang người khác qua không khí khi người bệnh Lao ở phổi hoặc cổ họng, ho, nháy mũi hoặc nói chuyện. Những người đứng gần hít vi trùng vào phổi có thể nhiễm bệnh Lao, nhất là những người tiếp xúc thân cận và lâu dài. Khi người nhiễm vi trùng mà không có triệu chứng hoặc dấu hiệu bệnh Lao, thì đây là trường hợp nhiễm trùng Lao Tiềm Ẩn (LTBI).

Sự Khác Biệt Giữa Nhiễm Trùng Lao Tiềm Ẩn (LTBI) và Bệnh Lao (Active TB) Là Gì?

Khi một người đã bị nhiễm vi trùng Lao nhưng cơ thể của họ có khả năng chế ngự và ngăn chặn sự tăng trưởng của vi trùng thì người đó sẽ không có triệu chứng hoặc dấu hiệu bệnh Lao. Đây là trường hợp nhiễm trùng Lao Tiềm Ẩn (LTBI) và người này không truyền nhiễm bệnh cho người khác.

Khi cơ thể không còn khả năng chế ngự và ngăn chặn sự tăng trưởng của vi trùng Lao thì vi trùng sẽ gia tăng và gây bệnh Lao. Bệnh Lao Tiềm Ẩn có thể trở thành bệnh Lao trong vòng nhiều tuần hoặc nhiều năm sau khi nhiễm vi trùng Lao. Những người bệnh Lao, tức là bệnh ở thời kỳ hoạt động, sẽ có triệu chứng bệnh và truyền nhiễm vi trùng cho những người khác nếu họ bị Lao ở phổi hoặc cổ họng. Nguy cơ phát bệnh Lao sẽ ở mức cao nhất trong số những người có hệ miễn dịch suy yếu.

Quý Vị Phải Đi Làm Xét Nghiệm Nhiễm Trùng Lao Tiềm Ẩn (LTBI), nếu Quý Vị..

- Đã tiếp xúc thân cận hoặc lâu dài với người bị bệnh Lao ở phổi hoặc cổ họng.
- Đã sinh ra tại một quốc gia có tỷ lệ bệnh Lao cao (các nước khác, không phải là Mỹ, Canada, Úc Châu, New Zealand, hoặc các nước Tây Âu và Bắc Âu).
- Có bệnh trạng dẫn đến nguy cơ cao mắc bệnh Lao, bao gồm HIV; bệnh tiểu đường; bệnh thận giai đoạn cuối; ung thư đầu, cổ hoặc ung thư phổi, ung thư máu, ung thư hạch, bệnh bụi phổi; đã giải phẫu cắt một phần bao tử hoặc phẫu thuật bất cầu ruột chay-hồi tràng; hoặc ốm quá mức.
- Dùng thuốc làm suy yếu hệ miễn dịch (như hóa trị, thuốc chống-loại trừ sau khi thay ghép bộ phận, thuốc ức chế TNF-alpha, đã uống steroids prednisone, 15 mg trở lên trong ít nhất 1 tháng).
- Chích ma túy
- Hút thuốc
- Làm việc hoặc ở trong nhà điều dưỡng, chỗ tạm trú cho người vô gia cư, trung tâm cải huấn (ở tù) hoặc hoàn cảnh tương tự, hoặc đã làm việc trong một cơ sở y tế nào khác.

Làm Sao Biết Được Tôi Đã Nhiễm Trùng Lao Tiềm Ẩn (LTBI)?

Thử Lao trên da (TST hoặc PPD) hoặc thử máu về Lao (như Quantiferon hoặc T-spot) sẽ cho biết quý vị có vi trùng Lao trong người hay không.

Kết quả thử Lao “dương tính” có nghĩa là có thể quý vị có vi trùng Lao trong cơ thể. Hầu hết những người có kết quả dương tính khi thử da hoặc thử máu về Lao, đều bị nhiễm trùng Lao Tiềm Ẩn (LTBI). Để biết chắc là quý vị không bị bệnh Lao, bác sĩ sẽ khám bệnh và cho chụp hình x-ray phổi. Quý vị có thể cần làm thêm xét nghiệm khác để xác nhận quý vị bị nhiễm Lao Tiềm Ẩn hay bệnh Lao.

Nếu Tôi Đã Chích Ngừa BCG Thì Sao?

Thuốc chích BCG (thuốc ngừa Lao) có thể giúp trẻ em phòng ngừa bệnh lao. Sự phòng bệnh này sẽ mất đi khi người ta lớn tuổi. Những người đã chích BCG vẫn có thể bị Lao Tiềm Ẩn hoặc bệnh. Nếu quý vị đã có chích ngừa BCG, mặc dù quý vị có thể chọn loại xét nghiệm nào cũng được, thử máu hoặc chích thử trên da, thì tốt nhất là quý vị nên chọn thử máu về bệnh Lao. Thử máu về Lao không bị ảnh hưởng bởi thuốc BCG. Thử máu bệnh Lao chỉ có kết quả “dương tính” trong trường hợp thật sự có vi trùng Lao trong người.

Cách Điều Trị Nhiễm Trùng Lao Tiềm Ẩn (LTBI) như thế nào?

Bệnh Lao Tiềm Ẩn có thể được điều trị bằng thuốc uống để ngăn ngừa phát bệnh Lao. Hầu hết sự điều trị là uống thuốc Isoniazid (INH) trong 9 tháng. Chế độ điều trị mới là kết hợp hai loại thuốc, isoniazid và rifapentine, uống thuốc mỗi tuần trong 3 tháng.

Tại Sao Phải Uống Thuốc Nếu Tôi Không Bị Bệnh?

Khi quý vị nhiễm trùng Lao Tiềm Ẩn, tức là quý vị đang có vi trùng Lao trong người, mặc dù không có triệu chứng bệnh. Bệnh Lao có thể bộc phát và chuyển sang thời kỳ hoạt động nếu quý vị không uống thuốc điều trị khi bệnh còn trong thời kỳ Tiềm Ẩn. Điều quan trọng là phải uống hết thuốc thì sự điều trị mới có hiệu quả và quý vị không bị đề kháng thuốc. Những người uống thuốc đúng theo lời dặn của bác sĩ thì nguy cơ phát bệnh Lao sẽ giảm được trên 90%.

Muốn biết thêm chi tiết về bệnh Lao, hãy đến <http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm> Hoặc liên lạc Sở Y Tế Công Cộng Hạt Santa Clara.



GIẤY BẢO MẬT VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE HỌC SINH

Trường _____

Tên _____ Nam Nữ Ngày Sinh _____ Tuổi _____ Lớp _____

Con em tôi **không có** bất cứ vấn đề gì về sức khỏe vào lúc này.

Nếu con em quý vị có các vấn đề về sức khỏe, xin quý vị trả lời vào phần dưới đây:

Con em quý vị có uống thuốc hàng ngày không? Có Không Uống thuốc trong giờ học? Có Không Nếu có,

Tên thuốc _____ Tên thuốc _____

Tên thuốc _____ Tên thuốc _____

Nếu con em quý vị phải uống thuốc trong giờ học theo toa bác sĩ hay thuốc mua ngoài nhà thuốc tây, xin hoàn tất Giấy Yêu Cầu Cho Con Em Được Nhân Viên Giúp Uống Thuốc Tại Trường rồi nộp lại cho văn phòng nhà trường (đùng 1 mẫu cho mỗi loại thuốc)

Đánh dấu vào những ô dưới đây và giải thích nếu con em quý vị đã hay đang bị các loại bệnh này hoặc có những vấn đề liên quan đến sức khỏe dưới đây:

Suyễn Nhẹ Vừa Nặng
 Ông trợ thờ ở nhà Ông trợ thờ ở văn phòng nhà trường

Co Giật Chỉ khi là trẻ sơ sinh
 Hiện đang uống thuốc

Những hạn chế về việc đi lại _____
 Dụng thiết bị đặc biệt ở nhà
 Dụng thiết bị đặc biệt ở trường

Những tình trạng khác _____

Tiểu đường Loại I Loại II

• Con em quý vị có từng nằm bệnh viện vì bị tiểu đường không? Có Không

Nếu có, xin cho biết ngày nằm bệnh viện và lý do: _____

• Con em quý vị có biết tự theo dõi lượng đường trong máu của mình không? Có Không

• Con em quý vị có thể cho biết nếu em có triệu chứng khi lượng đường trong máu cao hay thấp không? Có Không

Nếu có, em có những triệu chứng gì? _____

• Con em quý vị có bao giờ dùng Glucagon chưa? Có Không Lần sử dụng gần đây nhất: _____

Con em quý vị hiện có được bác sĩ theo dõi bất kỳ bệnh nào nêu trên không? Có Không

Nếu có: Tên bác sĩ _____ Số điện thoại _____ Điện thư _____

Địa chỉ _____

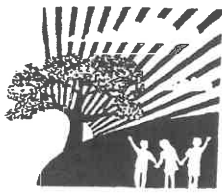
Tôi đồng ý chia sẻ các chi tiết liên quan đến sức khỏe của con em tôi với các nhân viên nhà trường cần biết.

Chữ ký của phụ huynh/Người giám hộ _____ Ngày _____

For Office Use Only:

- Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
 Diabetic Supplies
 Snacks
 Signed Diabetic Orders for School indicating parent review

Original to Cum Faxed to District Nurse 408-225-3752 Health Assistant Teacher



OAK GROVE

SCHOOL DISTRICT

6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119 408 227-8300 Fax 408-227-2719

Student's Name _____ Teacher _____

EMERGENCY INFORMATION *(This will be used if the Emergency Card is not available)*

If I cannot be reached, I authorize the school to contact the person listed below. I further authorize the school to release the student to the person listed below.

Name: _____ Phone: _____

I also give my consent for emergency medical or dental treatment, including transportation to the nearest emergency aid facility, if I or the person listed above cannot be reached.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA *(Esta información será usada si la Tarjeta de Emergencia no está disponible)*

Si no pueden comunicarse conmigo, autorizo que la escuela se comunice con la persona cuyo nombre aparece abajo. Además, autorizo a la escuela a entregar al/a estudiante a la persona anotada abajo.

Nombre: _____ Teléfono: _____

También doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento médico o dental incluyendo transportación al lugar médico más cercano si no se pueden poner en contacto conmigo o con la persona cuyo nombre aparece anotado arriba..

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

CHI TIẾT VỀ SỰ KHẨN CẤP LIÊN QUAN ĐẾN HỌC SINH *(Chi tiết này sẽ được dùng nếu không có Thẻ Khẩn Cấp)*

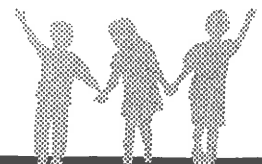
Trong trường hợp nhà trường không liên lạc được với chúng tôi, chúng tôi cho phép nhà trường liên lạc với người có tên dưới đây. Ngoài ra, chúng tôi cũng cho phép nhà trường được quyền giao con em tôi cho người có tên dưới đây.

Tên: _____ Điện thoại: _____

Chúng tôi cũng đồng ý cho nhà trường đưa con em tôi đến phòng cấp cứu gần nhất để chữa bệnh hay chữa răng nếu nhà trường không liên lạc được với người có tên nêu trên.

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ _____ Ngày _____

Attachment to forms 2339, 2347, 2348



Our mission . . . "to ensure that every child's potential is achieved."