



Anchorage School District
FORM NG KASAYSAYAN SA KALUSUGAN
 MANGYARING KUMPLETUHIN PARA SA LAHAT NG BAGOS SA DISTRICT O KUNG KAILANGAN

APELYIDO	PANGALAN	M.I.	PETSA NG KAPANGANAKAN (MM/DD/YYYY)
PAARALAN			GRADO

KASAYSAYANG MEDIKAL

- OO WALA **May mga problema ba sa kalusugan ang inyong anak?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **May mga limitasyon ba ang inyong anak na makilahok sa anumang mga aktibidad?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **May mga allergy ba ang inyong anak?**
Kung oo, pakitala ang mga allergy: _____
Ano ang hitsura ng reaction ng allergy? _____
- OO HINDI **Inireseta ba ang isang EpiPen sa inyong anak? Para sa anong allergy?** _____
- OO WALA **May hika (asthma) ba ang inyong anak?**
Kung oo, pakilarawan ang uri o mga nagpapasimula nito. _____
- OO WALA **May dyabetis ba ang inyong anak?**
Uri: _____ **Kaya Ng Sarili** _____ **Nangangailangan ng supervision** _____
Gumagamit ng Insulin Pump _____ **Gumagamit ng CGM** _____
- OO HINDI **Niresetahan ba ang inyong anak ng gamot sa pagkontrol ng diabetes?** *Kung oo, itala ang gamot, dosis at oras sa ibaba
- OO WALA **May kondisyon ba sa puso ang inyong anak?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **May karamdaman ba na pagdurugo ang inyong anak?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **Ang inyong anak ba ay may kondisyon na orthopedic o kaugnay ng buto?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **May kasaysayan ng pangngisay o ibang uri ng neurolohikal na karamdaman ba ang inyong anak?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **May problema bang gastro intestinal (kaugnay ng tiyan at bituka) o isyu sa pagkain (eating) ang inyong anak?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **May anumang mga problema ba sa bituka (bowel) o pantog ang inyong anak?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **May mga problema ba na pang-asal, emosyonal, o sa kalusugan ng isip ang inyong anak?**
Kung oo, pakilarawan: _____
- OO WALA **May problema ba sa paningin ang inyong anak?** SALAMIN Iba pa: _____
- OO WALA **May problem ba sa pandinig ang inyong anak?** HEARINGAID Iba pa: _____
- OO HINDI **Kasalukuyan bang gumagamit ng mga gamot ang inyong anak?**
Kung oo, pakitala: _____

SA MGA ALINMANG NIRESETANG GAMOT O PLANO NG PAGGAMOT BA AY KAILANGANG ILAPAT O PWEDENG MAGAMIT SA PAARALAN?

- Mga Gamot sa Dyabetis/Plano Ng Pag-aalaga ng Diabetiko EpiPen/Allergy/Anaphylaxis Care Plan Inhaler/Asthma Care Plan Mga Niresetang Gamot Mga Gamot sa Seizures/Plano Ng Paggagamot : _____ Iba Pang Mga Paggagamot (Ilarawan) _____

Ang Nars ng ASD ay kailangang abisuhan kung ang anumang mga gamot ay kailangang ibigay sa panahon ng araw na may pasok. Nag-aatas ang batas ng Estado ng nakasulat na awtorisasyon mula sa isang provider sa pangangalagang pangkalusugan at magulang bago maaaring ibigay ang anumang iniresetang gamot sa paaralan, kabilang ang gamot na nadadala mismo ng estudyante. Ang lahat ng uri ng gamot ay nangangailangan ng form ng awtorisasyon/pahintulot AT ang (mga) gamot ay kailangang ihatid sa paaralan ng magulang/guardian sa isang sisidlan na may pangalan ng botika. Hindi pwedeng ibigay sa paaralan ang homeopathic at mga herbal na gamot.

Mangyaring magpatuloy sa susunod na pahina para kumpletuhin ang form na ito.



Anchorage School District
FORM NG KASAYSAYAN SA KALUSUGAN

MANGYARING KUMPLETUHIN PARA SA LAHAT NG BAGO SA DISTRICT, PRESCHOOL, KINDERGARTEN, IKA-5, AT IKA-9 NA GRADONG MGA MAG-AARAL O KUNG KAILANGAN PARA SA IBANG MGA GRADO NA I-UPDATE ANG BAGO / UMIIRAL NA MGA PROBLEMA SA KALUSUGAN

MEDIKAL NA PROVIDER / PEDIATRIC NA PANGKAT: _____ TELEPONO _____

IBA PANG PROVIDER: _____ TELEPONO _____

PAGPAYAG AT AWTORISASYON NG MAGULANG / GUARDIAN

PAHINTULOT PARA MA ACCESS ANG MGA RECORD SA PAGBABAKUNA

PUMAPAYAG AKO HINDI AKO PUMAPAYAG

...para suriin ng nars ang mga impormasyon tungkol sa mga bakuna ng aking anak sa State of Alaska Immunization Registry (VacTrak). Ang magulang/tagapag-alaga ay maaaring mag-alis ng pahintulot sa anumang oras sa pamamagitan ng pagsusumite ng inyong kahilingan nang nakasulat.

PAG-AMIN NG MAGULANG

Ang aking lagda sa ibaba ay pag-amin na ang impormasyong ibinigay ay bago at tama. Na review ko ang form ng kasaysayan sa kalusugan at nauunawaan na responsibilidad ko na abisuhan ang paaralan kapag nagbago ang impormasyon sa kalusugan ng aking anak. Sumasang-ayon ako na magbigay ng anumang gamut o supply na kinakailangan para sa pangngalaga ng aking anak sa paaralan kung kinakailangan. Aabisuhan ko ang paaralan kung ang aking pagpayag sa mga item sa itaas ay kailangang i-update o baguhin, batay sa aking kagustuhan.

PANGALAN NG MAGULANG/ GUARDIAN (NAKA-PRINT)	KAUGNAYAN SA BATA	NUMERO NG TELEPONO
MAGULANG / GUARDIAN (PIRMA)	PETA	