



**IDARA YA AFYA YA KATA YA LEXINGTON-FAYETTE (LFCHD)
TENGO LA HUDUMA ZA AFYA KWA SHULE**

650 Newtown Pike
Lexington, Kentucky 40508-1197
(859) 288-2314
(859) 288-2313 FAX

Habari ya Afya ya Mwanafunzi

(Tafadhali jaza fomu moja kwa kila mwanafunzi)

SHULE: _____

MWAKA WA SHULE: _____

Jina la Mwisho: _____ **Jina la Kwanza:** _____ **Herufi ya Kati :** _____

(Please give student's complete legal name.)

ya Social Security ya Mwanafunzi _____ **Tarehe ya Kuzaliwa:** _____

Asili _____ **Mme** **Mke** **Mwalimu wa Darasa:** _____

Anwani _____ Mji _____ Zip _____

Mama _____ Simu Nyumbani _____ Kazini _____ Ya Mkono _____

Baba _____ Simu Nyumbani _____ Kazini _____ Ya Mkono _____

Msimamizi Rasmi _____ Simu Nyumbani _____ Kazini _____ Ya Mkono _____

Mtu wa Dharura **BALI** na Msimamizi au Mzazi _____

Uhusiano: _____ Simu Nyumbani _____ Kazini _____ Ya Mkono _____

Bima ya Matibabu ya MWANAFUNZI

Je, mwanafunzi wako ana Kadi ya KY Medicaid au K-CHIP? Ndio /La _____ Nambari _____

Je, mwanafunzi wako ana bima ingine ya matibabu? Ndio /La Jina la Kampuni _____

Historia ya Matibabu ya MWANAFUNZI

1) Historia Muhimu ya Matibabu: _____

2) Allergy za Dawa: _____ Allergy za Chakula: _____

3) Allergy Zingine: _____

4) Dawa Zinazotumiwa Kila Siku: _____

5) * Dawa za Maagizo ya Daktari zitakazopeanwa Shuleni: _____

Mtoaji wa Huduma za Afya wa Mwanafunzi: _____ Simu: _____

* Lazima ujaze Fomu za Ruhusa ya Dawa kabla ya dawa zozote kuletwa shuleni na kutumiwa. **Fomu zipo shuleni.**

Je, mwanafunzi wako ana moja ya magonjwa hatari yafuatayo ambayo yaweza kuhitaji utibabu au dawa za DHARURA akiwa shuleni?

KISUKARI
(Glucagon)

PUMU
(Rescue
Inhaler)

KIFAPA
(Diastat)

ALLERGY HATARI
(Epi-Pen)

INGINE:

RUHUSA YA HUDUMA ZA AFYA / UPATAJI WA MANUFAA

Wanafunzi wote watapata Usaidizi wa Kwanza (First Aid) wa msingi na huduma ya dharura. Kwa kusahihisha hii fomu, ninaruhusu huduma za Afya za Shule kumhudumia mwanafunzi kupitia Wauguzi au maajenti wa LFCHD akiwa shuleni. Ninairuhusu LFCHD kupatiana rekodi za kimatibabu za mwanafunzi kwa Mhudumu wa Kwanza (Primary Care Provider) wake. Pia ninaelewa kuwa habari yoyote kutokana na Uchunguzi wa School Physical, pamoja na ya chanjo, itapatianwa shuleni ya mtoto. Kama mimi au mwanafunzi wangu ana Medicaid au KCHIP, ninairuhusu LFCHD kuwapa Medicaid/KCHIP hio habari ili kuwezesha Medicaid/KCHIP kugharamia huduma zinazotolewa na Muuguzi wa Shule, bila kunigharimu chochote. Ninatoa ruhusa zaidi kwa LFCHD kuweka rekodi za chanjo za mwanafunzi kwa rekodi kuu ya chanjo ya KY. Ninaelewa pia kwa kusahihisha hii ruhusa, ninakubali kuwa ninaweza kupata nakala Notisi ya Siri (Privacy Notice) Idara ya Afya ya Kata ya Lexington-Fayette inayopatikana hapa www.lexingtonhealthdepartment.org au ninaweza kuomba nakala kwa kupigia simu Huduma za Afya za Shule hapa 288-2314. Hii fomu itabaki kuwa halali hadi mwanafunzi afike darasa la 12 au ikanushwe kwa kuandika barua.

X _____

(Sahihi ya Mzazi /Msimamizi Rasmi /Mwanafunzi aliyefikisha Umri wa Hiari)

_____/_____/____

(Tarehe ya Kusahihisha)

HII SEHEMU NI YA MATUMIZI YA SHULE PEKEE

Care Plan(s)

Date: _____

Date: _____

Care Plan(s) Returned

Date: _____

Date: _____

Sent

Date: _____

Date: _____



**LEXINGTON FAYETTE DEPARTAMENTO DE SALUD (LFCHD)
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ESCUELA**

Información de Salud Estudiantil
(Por favor complete un formulario por estudiante.)

650 Newtown Pike
Lexington, Kentucky 40508-1197
(859) 288-2314
Fax (859) 288-2313

ESCUELA: _____

AÑO ESCOLAR: _____

Nombre Completo: _____

Seguro Social # del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Raza: _____ Masculino Femenina **Inicio Sala de Maestros:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de Casa: _____ **Teléfono de Trabajo:** _____ **Teléfono de Celular:** _____

Madre: _____

Padre: _____

Tutor Legal: _____

Contactado de Emergencia que no sea los Padres o Encargado: _____

Relación al Estudiante: _____ **Número Telefónico en caso de Emergencia:** _____

SEGURO MÉDICO DE ESTUDIANTE

¿Tiene su estudiante una tarjeta de Medicaid o KY K-CHIP? Si / No Numero: _____

¿Tiene su estudiante otro seguro médico? Nombre de Compañía: _____

HISTORIA CLÍNICA DE ESTUDIANTE

1) Historial Médica: _____

2) Alergias Médicas: _____ Alergias de Comida: _____

3) Otras Alergias: _____

4) Medicamentos de Administración Diaria: _____

5) * Medicina con Receta que debe darse en la Escuela: _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica del Estudiante: _____ **Teléfono:** _____

* *Debe completar un Consentimiento para Medicina antes de traer cualquier medicina a la escuela para que se le administre a su estudiante. Los formularios de consentimiento están disponibles en la escuela.*

¿Tiene su estudiante alguna de las condiciones siguientes que ponga en riesgo su vida que puedan requerir tratamiento de EMERGENCIA o que se le den medicinas en la escuela?

DIABETES
(Glucagon)

ASMA
(Rescate Inhalante)

LOS ATAQUES
(Diastat)

ALERGIA DE VIDA-AMENAZANDO
(Epi-Pen)

OTRO _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD / ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS

Todos los estudiantes recibirán primeros auxilios y atención de emergencia. Al firmar este formulario, autorizo que Enfermeras de Salud Escolar o agentes de LFCHD le provean servicios a mi hijo mientras esté en la escuela. Yo autorizo que LFCHD le dé información médica de mi estudiante a su Proveedor Médico Primario. También entiendo que información obtenida del Examen Físico Escolar, incluyendo información de inmunizaciones, se la entregarán a la escuela de mi estudiante. Si yo o mi estudiante tenemos Medicaid o KCHIP, yo autorizo que LFCHD entregue esta información a Medicaid/KCHIP para que le puedan mandar la cuenta a Medicaid/KCHIP por los servicios proveídos por la Enfermera de la Escuela, sin ningún costo para mí. Le doy mi consentimiento a LFCHD a entrar la información de vacunas de mis estudiantes en el KY immunization registry.

Yo también entiendo que al formar esta hoja doy me consentimiento, y yo reconozco que tengo acceso a una copia del Aviso de Privacidad del Departamento de Salud de Lexington Fayette ubicado en: www.lexingtonhealthdepartment.org o puedo llamar a los Servicios de Salud de la Escuela al 288-2314. Este documento permanecerá vigente para su niño hasta su grado 12 a menos que ustedes lo revoquen en escrito.

ESTE PERMISO SE VENCE CADA AÑO ESCOLAR

X _____

(Firma de Padre/Tutor Legal/Estudiante Emancipado)

_____/_____/_____

(Fecha en que firmó)