



LEXINGTON-FAYETTE COUNTY HEALTH DEPARTMENT (LFCHD)

विद्यालय स्वास्थ्य स्वास्थ्य सेवाहरू

650 Newtown Pike  
Lexington, KY 40508  
(859) 288-2314 फोन  
(859) 288-2313 फ्याक्स

विद्यार्थी स्वास्थ्य जानकारी फाराम  
कृपया प्रति विद्यार्थी एउटा फाराम पूरा गर्नुहोस्।

अन्तिम नाम: \_\_\_\_\_ पहिलो नाम: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

विद्यार्थीको सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_ जन्ममिति: \_\_\_\_\_

जाति (एक वा सोभन्दा बढीमा चिन्ह लगाउनुहोस्): \_\_\_\_\_ कोकेशियन/श्वेत \_\_\_\_\_ अफ्रिकी अमेरिकी/अश्वेत \_\_\_\_\_ मूल अमेरिकी/अमेरिकी  
भारतीय वा अलास्का मूल निवासी \_\_\_\_\_ एशियाली \_\_\_\_\_ मूल हवाईयन वा अन्य प्रशान्त टापुवासी

जातीयता: हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो \_\_\_\_\_ हो \_\_\_\_\_ होइन लिङ्ग: \_\_\_\_\_ पुरुष \_\_\_\_\_ महिला

स्ट्रिट ठेगाना \_\_\_\_\_ सहर \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ जिप \_\_\_\_\_

आमाबुवा/कानुनी अभिभावक \_\_\_\_\_ प्राइमरी नम्बर \_\_\_\_\_ वैकल्पिक नम्बर \_\_\_\_\_

आमाबुवा/कानुनी अभिभावक \_\_\_\_\_ प्राइमरी नम्बर \_\_\_\_\_ वैकल्पिक नम्बर \_\_\_\_\_

आमाबुवा/कानुनी अभिभावक बाहेक अन्य आपतकालिन सम्पर्क व्यक्ति \_\_\_\_\_

विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध \_\_\_\_\_ प्राथमिक # \_\_\_\_\_ वैकल्पिक # \_\_\_\_\_

विद्यार्थीको Medicaid जानकारी

तपाईंको विद्यार्थीसँग KY Medicaid वा K-CHIP कार्ड छ? \_\_\_\_\_ छ \_\_\_\_\_ छैन सदस्य/MCO # \_\_\_\_\_

तपाईंको विद्यार्थीलाई जीवनलाई खतरामा पार्ने निम्न अवस्थाहरूमध्ये कुनै छ जसका लागि विद्यालयमा आपतकालीन उपचार वा औषधिहरू दिन आवश्यक हुन सक्छ? कृपया तलका उपयुक्त बाक्स(हरू) चिन्ह लगाउनुहोस्।

- मधुमेह (ग्लुकागन)  दम (रेस्क्यू इनहेलर)  सिजर (रेस्क्यू औषधि)  जीवनलाई खतरामा पार्ने एलर्जी (Epi-Pen)  अन्य: \_\_\_\_\_

विद्यार्थीको चिकित्सा इतिहास

महत्त्वपूर्ण चिकित्सा इतिहास  छ  छैन \_\_\_\_\_

अन्य सान्दर्भिक चिकित्सा इतिहास \_\_\_\_\_

औषधिको एलर्जी  छ  छैन \_\_\_\_\_ अन्य एलर्जीहरू  छ  छैन \_\_\_\_\_

खानाको एलर्जी  छ  छैन \_\_\_\_\_ आहार प्रतिबन्धहरू  छ  छैन \_\_\_\_\_

घरमा दैनिक रूपमा लिइने औषधिहरू  छ  छैन \_\_\_\_\_

\*विद्यालयमा दिइने औषधिहरू  छ  छैन \_\_\_\_\_

\* विद्यालयमा ल्याइने कुनै पनि औषधि (ओभर-द-काउन्टर वा प्रिस्क्रिप्शन) प्रशासित गर्नुअघि थप सहमति फाराम भर्नुपर्छ। फारामहरू विद्यालयबाट उपलब्ध छन्।

विद्यार्थीको प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदायक \_\_\_\_\_ फोन # \_\_\_\_\_

मैले/हामीले आफुलाई थाहा भएसम्म माथिको चिकित्सा इतिहास पूरा गरेका छौं र माथिको जानकारीलाई कुनै पनि परिवर्तन, थप वा योग्यताका साथ अपडेट गर्नु मेरो/हाम्रो दायित्व हो भनेर बुझ्छु।

X \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_  
(आमाबुवा/ कानुनी अभिभावक/ स्वतन्त्र विद्यार्थीको हस्ताक्षर) (हस्ताक्षर गरिएको मिति)

पछाडि जानुहोस्



## LEXINGTON-FAYETTE COUNTY HEALTH DEPARTMENT (LFCHD)

### विद्यालय स्वास्थ्य सेवाहरू

### विद्यार्थी स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि सहमति

- सबै विद्यार्थीले आधारभूत प्राथमिक उपचार र आपतकालीन स्याहार पाउने छन्। यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर, म विद्यालय स्वास्थ्य सेवाहरूमा मेरो विद्यार्थीलाई विद्यालय समयमा नर्स वा एजेन्टहरूद्वारा दिइने खुजलीको मलम, एन्टिसेप्टिक क्लिन्जर र/वा आई वाशको उपयोग पर्छन् तर तिनीहरूमा मात्र सीमित छैनन् भन्ने कुरामा सहमत छु। मेरो विद्यार्थीलाई विद्यालय नर्सद्वारा साइटमा उपलब्ध गराउन नसकिने आपतकालीन चिकित्सा सहायता आवश्यक भएमा र म पुग्न नसक्ने भएमा, म LFCHD लाई मेरो विद्यार्थीको लागि आपतकालीन चिकित्सा स्याहारको प्रावधान मिलाउने व्यवस्था गर्न सहमत छु जसमा मेरो विद्यार्थीलाई नजिकैको स्वास्थ्य स्याहार सुविधास्थलमा लैजाने र उक्त सुविधास्थलमा मेरो विद्यार्थीका लागि आवश्यक चिकित्सा स्याहार सुरक्षित गर्ने पर्छन् तर तिनीहरूमा मात्र सीमित छैनन्।
- मेरो विद्यार्थीले Kentucky Medicaid वा K-CHIP मा सहभागी भयो भने, म LFCHD लाई मेरो विद्यार्थीको चिकित्सासम्बन्धी जानकारी Medicaid/K-CHIP लाई खुलासा गर्ने अधिकार दिन्छु ताकि विद्यालय नर्सद्वारा उपलब्ध गराइएका सेवाहरूको बिलिडको अनुमति मलाई कुनै शुल्कविना प्राप्त होस्।
- म यस सहमतिमा हस्ताक्षर गरेर, मैले [www.lfchd.org](http://www.lfchd.org) मा रहेको LFCHD को गोपनीयता अभ्यासको सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु वा पहुँच गरेको छु वा म 859-288-2314 मा विद्यालय स्वास्थ्य सेवा विभागमा फोन गरेर प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्छु भन्ने कुरा स्वीकार गर्छु भनी बुझ्दछु।
- म LFCHD ले KRS 158.191 मा परिभाषित र सम्बोधन गरिएअनुसार मानव यौनिकता, गर्भनिरोधक वा परिवार नियोजनसँग सम्बन्धित कुनै पनि स्वास्थ्य सेवा वा मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दैन भनी बुझ्दछु। LFCHD ले त्यस्तो सेवा प्रस्ताव गर्न आफ्नो सेवाहरू परिवर्तन गरेको अवस्थामा, संघीय, राज्य वा स्थानीय कानूनअनुसार नहुँदासम्म त्यो सेवाबारे मलाई पूर्व सूचना र त्यस सेवाको प्रावधानका लागि लिखित सहमतिविना मेरो बच्चालाई त्यस्तो कुनै सेवा उपलब्ध गराइने छैन।
- म LFCHD ले विद्यार्थीहरूलाई विद्यार्थी स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि यस सहमतिमा उल्लेख गरिएअनुसार आधारभूत प्राथमिक उपचार र आपतकालीन स्याहार मात्र उपलब्ध गराउँछ। चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक वा आपतकालीन आधारमा बाहेक यी प्रकारका स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि कुनै सिफारिस दिइने छैन।

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (आमाबुवा/ कानुनी अभिभावक/ स्वतन्त्र विद्यार्थीको हस्ताक्षर) (हस्ताक्षर गरिएको मिति)

### विद्यार्थी चिकित्सा जानकारीको प्राप्त र खुलासाका लागि सहमति

- म यसद्वारा उपचारका उद्देश्यहरूका लागि आवश्यक भएअनुसार मेरो विद्यार्थीको बारेमा चिकित्सा जानकारी उहाँको प्राथमिक स्वास्थ्य प्रदायक वा अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई खुलासा गर्न सहमत छु।
- केन्टकी कानूनअनुसार Kentucky public schools मा उपस्थित हुनका लागि निश्चित खोपहरू आवश्यक पर्दछ। मैले तेस्रो-पक्ष चिकित्सा प्रदायकमार्फत प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा खोपसम्बन्धी आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराउने हदसम्म, म LFCHD लाई Kentucky Immunization Registry ("KYIR") मा Fayette County Public Schools ("FCPS") को तर्फबाट र यसको सेवाहरूको भागको रूपमा खोपसम्बन्धी जानकारी प्रविष्ट गराउने कुरामा सहमत छु। यसबाहेक, म Kentucky Cabinet for Health and Family Services र यसका विभाग, सबपार्ट र/वा कर्मचारीहरूसँग सांख्यिकीय डाटा कम्पाइल गर्ने, संक्रामक रोगको फैलावटलाई नियन्त्रण गर्ने, कम गर्ने र/वा अन्यथा असरमा मद्दत गर्ने उद्देश्यका लागि समान रेकर्ड वा जानकारी साझा गर्न LFCHD सँग सहमत छु।
- म विद्यार्थीको चिकित्सासम्बन्धी जानकारीको यस सहमति र खुलासामा कुनै पनि कुराले मेरो बच्चाको चिकित्सासम्बन्धी जानकारीमा पहुँचको सम्बन्धमा आमाबुवा वा कानुनी अभिभावकको रूपमा रहेको कुनै पनि अधिकारलाई बाधा पुऱ्याउने, घटाउने, बढाउने वा अन्य कुनै प्रभाव पार्ने उद्देश्य राखेको छैन भनी बुझ्दछु।
- यो सहमति फाराम तपाईंले यसलाई कुनै पनि समयमा लिखित रूपमा रद्द नगर्नुभएसम्म तपाईंको विद्यार्थीका लागि स्नातक, प्रस्थान वा FCPS विद्यालय भर्नाको अन्य समाप्ति नभएसम्म प्रभावकारी रहने छ, यद्यपि, त्यस्ता कुनै पनि खारेजले यस सहमतिको आधारमा पहिले नै जारी गरिएको जानकारीलाई असर गर्दैन।
- यस सहमतिको सम्बन्धमा जारी गरिएको कुनै पनि जानकारी अन्य पक्षहरूलाई पुनः खुलासा गर्न सकिन्छ।
- यस सहमतिमा हस्ताक्षर गर्दा कुनै चिकित्सा उपचार वा भुक्तानी सर्त छैन।
- तपाईंसँग यस सहमति फारामको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार छ।
- यस सहमतिको कुनै पनि प्रति, प्रतिलिपि वा फोटोकपी विद्यार्थी चिकित्सा जानकारीलाई यहाँसम्म सीमित र वर्णित रूपमा खुलासा गर्नका लागि अधिकृत छ।

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (आमाबुवा/ कानुनी अभिभावक/ स्वतन्त्र विद्यार्थीको हस्ताक्षर) (हस्ताक्षर गरिएको मिति)