



LEXINGTON-FAYETTE COUNTY HEALTH DEPARTMENT (LFCHD) SCHOOL HEALTH SERVICES

650 Newtown Pike Lexington, KY 40508 (859) 288-2314 PHONE (859) 288-2313 FAX

Modulo pe' 'e 'nfurmazzione sanitarie d' 'o storènte Pe' piacere accumpletate nu modulo pe' ogni storènte

Cugnom: _____ Nomme: _____ Iniziale d'o secondo nomme: _____

Nùmmero 'e previdenza sociale d'o storènte _____ Data 'e nascita: _____

Razz (barra na o cchiù opzioni): ___ Ianco/Caucasico ___ Nir/Africanu -Ammerecano ___ Nativo Ammerecano/Nativu d'Ammerica o d'Alaska ___ Asiatic ___ Hawaian Nativu o da l'Isule Pacifiche

Etnia: Ispanic o Latin ___ Sine ___ No Sesso: ___ Masculo ___ Femmena

'Ndirizzu _____ Città _____ Stat _____ CAP _____

Geniture/Tutore legale _____ Nùmmero telèfono primariu _____ Ato nùmmero _____

Geniture/Tutore legale _____ Nùmmero telèfono primariu _____ Ato nùmmero _____

Person 'e cuntatto d'emergenza DIVERSA 'a geniture/tutore legale _____

Parentela cu 'o storènte _____ Nùmmero telèfono primariu _____ Ato nùmmero _____

'O storènte vuostru tene qualcuna 'e sti cundiziuon ca ponno èssere pericolose pe' 'a vita e ca ponno avé bisogno 'e cure d'EMERGENZA o 'mmericine 'a scola? Segna 'e caselle appropriate ccà sotto.
[] DIABET (Glucagon) [] ASMA (Inalatore 'e salvezza) [] STIRÌSMU (Medicina 'e salvezza) [] ALLERGIA PERICOLOSA PE' 'A VITA (Epi-Pen) [] ATO:

Student's Medical History

Storia mièrica granne [] Sine [] No _____

Ata storia mièrica granne _____

Allergie a 'e 'mmericine [] Sine [] No _____ Ate allergie [] Sine [] No _____

Allergie a 'o cibo [] Sine [] No _____ Restrizioni alimentari [] Sine [] No _____

'Mmericine pigliate ogni juorno a casa [] Sine [] No _____

'Mmericine 'a èssere date a scola [] Sine [] No _____

*Avite 'a accumpletà nu modulo addizionale primma 'e purtà qualsiasi 'mmericine (senza ricetta o cu ricetta) a scola pe' èssere data. 'E moduli stann disponibili 'a scola.

Dottore primariu d' 'o storènte _____ Nùmmero 'e telèfono _____

I/Nui amm accumpletato 'a storia medica ccà 'ncoppa secondo 'a meglija cunuscenza mia/nosta e capisco/capimmo ca è 'o dovere mio/nuosto 'e aggiumà st'informazzioni cu qualsiasi cagnamiénto, aggiunta o qualificazione.

X _____ (Firma d' 'o Geniture/Tutore legale/Storènte emancipato) _____/_____/_____ (Data 'e firma)

ADDERÈTO [Yellow Arrow]

Cugnom: _____ Nomme : _____ Data e' nascit: _____



**LEXINGTON-FAYETTE COUNTY HEALTH DEPARTMENT (LFCHD)
SCHOOL HEALTH SERVICES**

CONSENSO PE' SERVIZI SANITARI D'A SCÒLA

1. Tutte 'e storènte riceveranno primo soccorso basico e cure d'emergenza. Firmanno stu modulo, i' dongo 'o consenso a 'e servizi sanitari d''a scòla, incluso, ma nun limitato a, l'applicazione 'e pomata anti-prurito, detergente antisettico, e/o lavaggio oculare, 'a èssere dato a 'o storènte mio 'a infermiere o agenti d' 'o LFCHD mentre sta a scola. Si 'o storènte mio tene bisogno 'e assistenza medica d'emergenza ca nun può èssere fornuta sul posto 'a na infermiera scolastica e nun me pozzono cuntattà, i' dongo 'o consenso a 'o LFCHD 'e organizzà l'assistenza medica d'emergenza pe' 'o storènte mio, incluso, ma nun limitato a, trasporto d' 'o storènte mio a 'a struttura sanitaria cchiù vicina e/o pe' assicura 'e cure mediche necessarie pe' 'o guaglione mio a chella struttura.
2. I' capisco inoltre ca 'o LFCHD fornisce solo primo soccorso basico e cure d'emergenza a 'e storènte, comme stabilito 'n stu Consenso pe' servizi sanitari d''a scòla. Nisciuna segnalazione pe' sti tipi 'e servizi sanitari avverrà, a meno ca nun sia medicalmente necessario o 'n base d'emergenza.
3. I' dongo 'o consenso pe' na infermiera d''a scòla 'e fà nu screening della vista a 'o guaglione mio. Capisco ca nu screening della vista nun sostituisce n'esame oculare completo 'a nu specialista.
4. I' dongo 'o consenso pe' na infermiera d''a scòla 'e fà nu screening dell'udito a 'o storènte mio. Capisco ca nu screening dell'udito nun sostituisce n'esame dell'udito completo 'a nu specialista.
5. I' capisco ca, firmanno stu consenso, riconosco ca aggio ricevuto o aggio accesso a na copia dell'Avviso delle Pratiche sulla Privacy d' 'o LFCHD situato a www.lfchd.org o pozzo richiedere na copia chiamanno 'a Divisione Servizi Sanitari d''a Scòla a 859-288-2314.
6. I' capisco ca 'o LFCHD nun offre nisciun servizio sanitario o servizio 'e salute mentale collegato a 'a sessualità umana, contraccezione, o pianificazione familiare comme definito e affrontato 'n KRS 158.191. 'N caso ca 'o LFCHD cagna 'e servizi pe' offri tali servizi, nisciun servizio accusi sarà offerto a 'o figlio mio senza notifica prima a me 'e chillo servizio e consenso scritto pe' 'a prestazione 'e chillo servizio, a meno ca e/o eccetto secondo 'a legge federale, statale, o locale.

X _____ /_____/_____
(Firma d' 'o Geniture/Tutore legale/Storènte emancipato) (Data 'e firma)

CONSENSO PE' RICIVIMIENTU E DIVULGAZIONE D'E 'NFURMAZIONE MEDICHE D' 'O STORÈNTE

1. I' dongo 'o consenso a 'o LFCHD 'e rilascià 'nfurmazione mediche sus a 'o storènte mio a 'o Dottore Primario o atu Prestatore 'e Cure Sanitarie comme necessario pe' scopi 'e trattamento.
2. 'A legge d' 'o Kentucky richiede certe vaccinazioni pe' 'a frequenza 'n scole pubbliche d' 'o Kentucky. 'N quanto fornisco, direttamente o indirettamente attraverso nu prestatore medico terzo, 'e 'nfurmazione 'e vaccinazione richieste, i' dongo 'o consenso a 'o LFCHD 'e mettere chelle 'nfurmazione 'e vaccinazione dint' 'o Registro delle Vaccinazioni d' 'o Kentucky ("KYIR") pe' conto e comme parte d' 'e servizi a 'e Scole Pubbliche d' 'a Contea Fayette ("FCPS"). Inoltre, i' dongo 'o consenso a 'o LFCHD 'e cundividere 'e stesse registrazioni o 'nfurmazione cu 'o Cabinet kentuckiano pe' Salute e Servizi Familiari e 'e divisioni, sottoparti e/o impiegati pe' scopi 'e compilà date statistiche, pe' ajutà a cuntrollà, ridurre e/o influenzà 'a diffusione 'e malattie infettive, e/o comme richiesto 'a legge.
3. Capisco ca niente 'n stu Consenso e Divulgazione d''e 'Nfurmazione Mediche d' 'o Storènte è destinato a impedi, ridurre, aumentà o avé qualsiasi atu effetto sus a qualsiasi diritto ca tengo comme genitore o tutore legale riguardo l'accesso a 'e 'Nfurmazione mediche d' 'o storènte mio.
4. Stu modulo 'e consenso rimmarrà 'n effetto pe' 'o storènte vuost fino a 'o diploma, 'a partenza e/o ata terminazione dell'iscrizione 'a na scola FCPS, a meno ca nun revochi stu consenso per iscritto 'n qualsiasi momento, eccetto ca qualsiasi revoca nun influenzerà 'e 'nfurmazione ca sò già state rilasciate facenno affidamento sus a stu consenso.
5. Qualsiasi 'nfurmazione rilasciata 'n risposta a stu consenso può èssere divulgata nuovamente ad ate parti.
6. Nisciun trattamento medico o pagamento è condizionato a 'a firma 'e stu consenso.
7. Capisco ca aggio 'o diritto 'e ricevere na copia 'e stu modulo 'e consenso.
8. Qualsiasi facsimile, copia o fotocopia 'e stu consenso autorizzerà 'o rilascio delle 'nfurmazione mediche d' 'o storènte comme limitato e descritto ccà.

X _____ /_____/_____
(Firma d' 'o Geniture/Tutore legale/Storènte emancipato) (Data 'e firma)