

**\* 2018-2019 \* 學生緊急事故醫療資料卡**

(此卡每學年需填交一次)

姓名: \_\_\_\_\_ 學號: \_\_\_\_\_

(姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_ (中間名簡寫) \_\_\_\_\_

學校: **ALAMO ELEMENTARY SCHOOL** 年級: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 報到室: \_\_\_\_\_

出生日期: 

--	--	--	--	--	--	--

 性別:  男  女

住址: \_\_\_\_\_ 公寓號: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_

郵編: \_\_\_\_\_ 住宅電話: \_\_\_\_\_ 在家說的語言: \_\_\_\_\_

家長/監護人/看護人姓名:		家長/監護人/看護人姓名:	
住址:		住址:	
僱主:		僱主:	
住宅電話:	工作電話:	住宅電話:	工作電話:
手提電話:	電郵:	手提電話:	電郵:

孩子與誰居住:  母親  父親  看護人/監護人  其他 (請注明) \_\_\_\_\_

**緊急聯絡人:** 萬一上列孩子生病或在校受傷, 學校未能聯絡到本人。學校當局得本人許可, 聯絡及將本人子女交予下列任一位人士:

	姓名	關係	住宅電話	手提電話
1.				
2.				
3.				

孩子有醫療保險:  是  否 若是, 請列出醫保名稱: \_\_\_\_\_ 保單/會員號碼: \_\_\_\_\_

孩子的醫生: \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_

為確保你孩子得到即時照顧, 此卡上的資料如有任何改變, 請通知學校。

**\*\*\*重要: 請填妥背面的醫療資料\*\*\***

沒有醫療問題  我子女被診斷有以下醫療狀況:

哮喘  癲癇  糖尿病 是否需要醫保?  是  否  過敏症 是否需要腎上腺素?  是  否

過敏症/對什麼過敏: \_\_\_\_\_ 上次發病時間: \_\_\_\_\_

你子女是否有其他重大的健康問題?  是 (請列出)  否

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

你子女是否有服用藥物?  是 (請列出藥物名和服用次數)  否

藥物: \_\_\_\_\_ 次數: \_\_\_\_\_

就讀三藩市聯合校區的其他子女:

姓名	學校	年級

如果本人子女需要被送入急診, 他/她可被送去最近的醫院。本人授權學校為本人子女的安全和健康採取適當行動。	本人不同意 <input type="checkbox"/>
如加州許多校區一樣, 三藩市聯合校區與加州衛生保健服務部合作, 參加了一個計劃, 在為符合Medi-Cal的在校學生提供所規定的醫療服務之後, 能獲得來自聯邦的報銷。該計劃資助某些員工的薪酬及為服務所需要的某些設備提供資金。閣下在以下簽名, 即表示閣下同意我們代表你的子女向州要求報銷你子女的Medi-Cal福利 (若你子女合資格參與此計劃或獲取此福利)。閣下同意或不同意這一點都不會對閣下引致費用或懲罰。這只是授權校區獲得額外的政府支援。	本人不同意 <input type="checkbox"/>
本人同意三藩市聯合校區僅在因向 Medi-Cal 開具帳單而需解釋本人子女參與健康評估情況 (如: 健康/營養、心理狀態、健康教育/預期指導、聽力、視力、發育等) 的時候, 公佈本人子女的信息 (如學生證號碼、姓氏、名字、出生日期、性別、住址、所讀學校、年級、特殊教育信息 (IEP-個別教育計劃/ IFSP-個別家庭服務計劃))。	

本人盡我所知確保此緊急事故資料卡上的所有信息為之真實和準確。本人同意以上聲明, 除非本人特別勾選不同意的方框。

日期: \_\_\_\_\_

**\*\*\*重要: 請填妥背面的醫療資料\*\*\***

家長/監護人簽名