Anna J. Thomas, MPH
Direktor javnog zdravstva

Philip J. Alexakos, MPH, REHS
Glavni operativni direktor

Jaime L. Hoebeke, MPH, MCHES
Glavni direktor za strategiju

GRAD MANCHESTER

Odjel za zdravstvo

ZDRAVSTVENA ISTORIJA UČENIKA

Puno ime: _____ Datum rođenja: _____ Pol: ____

Trudnoća i rođenje

-Da li su dijete i majka imali ikakvih zdravstvenih problema tokom trudnoće? ☐ Da ☐ Ne

-Da li je bilo nekih komplikacija prilikom rođenja? ☐Da ☐ Ne

-Ako jeste, kakve su bile komplikacije?

- ☐ prijevremeni porod… ako jeste, težina po rođenju _____
- ☐ anoksija (*beba nije imala dovoljno kisika*)
- ☐ eklampsija/preeklampsija (*majka je imala visok krvni pritisak*)
- ☐ respiratorni distres sindrom
- ☐ mekonij (*bebin fekalni materijal izlučen je pri rođenju*)

Rano djetinjstvo

-Da li je vaše dijete bilo bolesno tokom prva tri mjeseca života?

☐ Da ☐ Ne

Opšte zdravlje

-Kako biste ocijenili zdravlje svog djeteta?

☐ Odlično ☐ Vrlo dobro ☐ Dobro ☐ Zadovoljvajuće ☐ Loše

-Da li vam je ljekar ili pružatelj zdravstene njege ikada rekao da vaše dijete ima nešto od navedenog:

- ☐ astmu
- ☐ poteškoće u učenju
- ☐ šum na srcu
- ☐ ADHD
- ☐ urođenu srčanu bolest
- ☐ dijabetes
- ☐ cerebralnu paralizu
- ☐ konvulzije
- ☐ poremećaje krvarenja

Drugo: _____

-Da li vaše dijete trenutno uzima neke lijekove? ☐ Da ☐ Ne

Ako uzima, koji su lijekovi? _____

-Da li je ponašanje vašeg djeteta ikada procijenjeno? ☐ Da ☐ Ne

Ako jeste, ima li vaše dijete: ☐ IEP ☐ 504 ☐ Plan ponašanja ☐ IHP

Potpis roditelja: _____ Datum: _____

Potpis med. sestre: _____ Datum: _____

Uši, oči, nos i grlo

Označite svako polje koje se odnosi na vaše dijete

- ☐ problemi s vidom
- ☐ naočale
- ☐ česte infekcije uha
- ☐ timpanostomija – ušna cjevčica
- ☐ gubitak sluha
- ☐ česte streptokokne upale grla
- ☐ česta krvarenja iz nosa

Koža

- ☐ problemi s osipom
- ☐ osjetljiva koža
- ☐ ekcem

Alergije

- ☐ lijekovi, ako jeste: _____
- ☐ hrana, ako jeste: _____
- ☐ životinje, ako jeste: _____
- ☐ boje ili sapuni, ako jeste: _____
- ☐ sezonske, ako jeste: _____
- ☐ ugriz bube, ako jeste: _____

Gastrointestinalni sistem i mokraćni putevi

- ☐ slab apetit / izbirljiv(a) s hranom
- ☐ česti stomačni bolovi
- ☐ proliv, koliko često _____
- ☐ zatvor, koliko često _____
- ☐ problemi s bubrezima
- ☐ urinarna inkontinencija (umokri se)
- ☐ fekalna inkontinencija (ukaki se)

Ostali problemi i bolesti

- ☐ pljuskavice – ako jeste, datum bolesti: _____
- ☐ slomljene kosti – ako jeste, navedite: _____
- ☐ operacije – ako jeste, navedite naziv i datum: _____
  _____
- ☐ hospitalizacija preko noći – ako jeste, zašto? _____
  _____
- ☐ povišeni nivoi olova – ako jeste, kada? _____

1528 Elm Street • Manchester, New Hampshire 03101 • (603) 624-6466
Administrativni faks: (603) 624-6584 • Javno zdravstvo - faks: (603) 665-6894
Ekološko zdravstvo i školsko zdravstvo - faks: (603) 628-6004
e-mail: health@manchesternh.gov • web stranica: www.manchesternh.gov/health

Anna J. Thomas, MPH
Direktor javnog zdravstva

Philip J. Alexakos, MPH, REHS
Glavni operativni direktor

Jaime L. Hoebeke, MPH, MCHES
Glavni direktor za strategiju

GRAD MANCHESTER

Odjel za zdravstvo

DOPUŠTENJE ZA OTKRIVANJE I RAZMJENU POVJERLJIVIH INFORMACIJA

Ovim odobravam razmjenu informacija navedenih u nastavku između osoblja Manchester Odjela za zdravstvo i:

Ime pružatelja usluga/organizacije:_____Telefon:_____

Adresa pružatelja usluga:_____Faks:_____

Informacije koje se mogu razmijeniti (zaokružite sve primjenjivo):

Medicinska stanja Imunizacije Fizikalni pregled(i) Rezultati TB laboratorija

Rezultati testa na olovo Očitanja hemoglobina/hematokrita

Drugo: _____

_____
Ime učenika **Datum rođenja**

_____
Adresa

Slažem se s otkrivanjem gore navedenih informacija. Nadalje, odobravam osoblju Manchester Odjela za zdravstvo da sve zdravstvene informacije (uključujući dijagnoze i liječenja) koje su vezane za progres gore navedenog učenika podijeli s pružateljima zdravstvene njege i/ili osobljem škole kojima ja ili moje dijete možemo biti upućeni. Razumijem da ovo dopuštenje može biti opozvano u bilo kojem trenutku pisanim zahtjevom gore navedenom pružatelju usluga. Razumijem da mogu zatražiti kopiju ovog potpisanog dopuštenja.

Ispunio(la) sam ovaj obrazac jer sam: *(zaokružite jedno)*

Roditelj **Zakoniti staratelj** **Učenik stariji od 18 godina**

_____
Potpis učenika/zakonitog staratelja/roditelja Datum

Ovo odobrenje vrijedi za tekuću godinu:_____

Evidenciju poslati na: _____

Na ruke: _____

1528 Elm Street • Manchester, New Hampshire 03101 • (603) 624-6466
Administrativni faks: (603) 624-6584 • Javno zdravstvo - faks: (603) 665-6894
Ekološko zdravstvo i školsko zdravstvo - faks: (603) 628-6004
e-mail: health@manchesternh.gov • web stranica: www.manchesternh.gov/health