

GIRL SCOUTS OF ORANGE COUNTY
PHIẾU SỨC KHỎE VÀ BỆNH TRẠNG

Troop # _____

Tên _____

Họ _____ Tên _____ Tên Đệm _____
Ngày Sinh _____ Tuổi _____

Tên phụ huynh hoặc người giám hộ _____

Địa chỉ nhà _____ Điện Thoại _____
Số nhà và đường _____ Thành Phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Địa chỉ sở làm _____ Điện Thoại _____
Số nhà và đường _____ Thành Phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Khi khẩn cấp mà không gọi được những người trên, thì gọi:

Tên _____ Liên Hệ _____

Địa chỉ _____ Điện Thoại _____
Số nhà và đường _____ Thành Phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Tên Y sĩ gia đình _____ Điện Thoại _____

Gia đình có bảo hiểm y tế? Có Không

Tên hãng bảo hiểm y tế _____ Danh số bảo hiểm # _____

Địa chỉ hãng bảo hiểm _____ Điện Thoại _____
Số nhà và đường _____ Thành Phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Tình trạng sức khỏe và bệnh tật. Nếu "Có" cho biết chi tiết phía dưới.

	Có	Không		Có	Không		Có	Không
<u>Di ứn</u> :	11	Bệnh sởi Đức		18	Có bệnh tiểu đường?			
1 Giao mùa		<u>Tình trạng tổng quát:</u>		19	Có bệnh mộng du?			
2 Cây sồi chất độc	12	Quai bị		20	Xáo trộn về ăn uống?			
3 Sâu bọ đốt	13	Mới đây có bị thương tích, bệnh, hoặc bệnh nhiễm trùng?		21	Có chứng động kinh?			
4 Do trụ sinh		14	Có bệnh kinh niên hay bệnh gì vừa tái phát?		Tình trạng khuyết tật:			
5 Suyễn		15	Có chứng nhức đầu thường xuyên?		22	Phát triển không bình thường?		
6 Súc vật					23	Khiếm khuyết thích giác?		
7 Thực phẩm		16	Có đeo kính trợ mắt loại gì?		24	Khiếm khuyết thị giác?		
8 Do dung thuốc		17	Có một thiết bị giúp đỡ cá nhân (xe lăn, nạng chống, chân tay gài ...)		25	Học chậm hoặc khó khăn?		
<u>Bệnh:</u>					26	Khuyết tật cơ thể?		
9 Bệnh thủy đậu								
10 Bệnh sởi								

Xin nói rõ hơn những câu nào đã đánh dấu "Có", xin ghi lại câu số mấy: _____

Xing ghi những hạn chế gì trong sinh hoạt thường nhật: _____

Phiếu sức khỏe và bệnh trạng này là đầy đủ và chính xác. Con em của tôi được phép tham dự mọi sinh hoạt, chỉ trừ những phần hạn chế mà tôi đã ghi ở trên.

Phụ huynh/Giám hộ ký tên _____

Ngày _____

Tôi (chúng tôi), ký tên dưới đây là phụ huynh hay giám hộ hợp pháp của em _____ vị thành niên, thuận theo đây cho phép và thỏa thuận cho bất cứ việc chụp quang tuyến, gây mê, chẩn đoán nào về y tế hay phẫu thuật được thực hiện dưới sự quản lý của bất cứ một nhân viên y tế hay cứu cấp có giấy phép hành nghề theo các điều khoản trong Đạo Luật Y Tế Thực Hành hay một nhà sĩ hợp lệ theo các điều khoản của Đạo Luật Nha Khoa Thực Hành và nhân viên của bất cứ một bệnh viện cộng đồng nào có giấy phép hành nghề của Bộ Y Tế Tiểu Bang California. Điều này được hiểu là sự cho phép này phải thực hiện trước bất cứ sự chẩn đoán, chữa trị hay nhập viện nào khi cần thiết nhưng được trao cho để được phép và có quyền thực hiện những sản sóc mà người y sĩ nói trên có thể làm theo phán đoán tốt nhất của họ.

Điều này cũng được hiểu là cần phải nỗ lực tìm cách liên lạc với người ký tên dưới đây trước khi chữa trị cho bệnh nhân nhưng đồng thời cũng có nghĩa là sẽ không đình chỉ bất cứ việc chữa trị nào nói trên nếu không liên lạc được với người ký tên dưới đây. Tôi sẽ không quy trách nhiệm cho Hội Nữ Hướng Đạo Quận Cam (GSOC), Ban Giám Đốc hay các Huynh Trưởng về những dịch vụ y tế do bệnh viện cung cấp hay cứu cấp tại nơi của Sinh Hoạt và sẽ bồi hoàn cho Hội Nữ Hướng Đạo tất cả chi phí y tế hay chi phí khác nếu có do việc sản sóc cho con gái tôi.

Giấy ưng thuận này được soạn theo Điều -6910 của Bộ Dân Luật California.

Tôi cho phép chụp hình con gái tôi tại sinh hoạt để phổ biến theo quyết định của nhân viên được chỉ định bởi Hội Nữ Hướng Đạo Quận Cam (GSOC).

Thuốc men mang theo phải có ghi trên chai lọ rời dạn của phụ huynh hoặc y sĩ gia đình.

Phụ huynh/Giám hộ ký tên _____ Điện Thoại _____ Ngày _____

Giấy ưng thuận này sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày: _____, 20____