

Sedgwick ප්‍රාන්ත සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුවේ එන්නත් කිරීම සඳහා කැමැත්ත ලබා දීමේ ආකෘතිය

පාසල් හෙදියට සහ සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුවට ලබා ගැනීමට ඇති එන්නත් වාර්තා මත පදනම්ව

ශිෂ්‍යාගේ තොරතුරු

අවසන් නම	මුල් නම	උපන් දිනය	වයස
විදි ලිපිනය		නගරය	ප්‍රාන්තය
ස්ත්‍රී/පුරු පිරිමි	භිෂ්පානික හෝ ලතින් ජාතියද ඔබ නැත	පාසල	
ජාතිය	ආසියානු කළු/අප්‍රිකානු ඇමරිකානු කොකේසියානු ස්වදේශීය ඇමරිකානුව/ඇලස්කානු ස්වදේශීය	ස්වදේශීය හවායි/පැසිෆික් දූපත් වැසියා වෙනත්	
සම්බන්ධ වීමට අවසර දීම: කරුණාකර අත්සන යොදා අදාළ වන සියල්ල ලකුණු කරන්න: අත්සන _____ හමුවීම හෝ එන්නත් පිළිබඳ මතක් කිරීම සම්බන්ධයෙන් මා සම්බන්ධ කර ගැනීමට මෙම තොරතුරු භාවිතා කළ හැක. <input type="checkbox"/> දුරකථනය <input type="checkbox"/> කෙටි පණිවුඩ <input type="checkbox"/> තැපෑල <input type="checkbox"/> විද්‍යුත් තැපෑල (කරුණාකර ඔබේ විද්‍යුත් තැපෑල ලිපිනය ලබා දෙන්න) _____			
ශිෂ්‍යයාට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේද?		ඔව් නැත	
රක්ෂණ සමාගම _____		රක්ෂණ ඔප්පු අංකය _____	ඔප්පුව දරන්නාගේ නම _____

හඳුගැනීමේ පරීක්ෂණ ප්‍රශ්නාවලිය

1. සිසුවා දැනට අසනීප වී හෝ උණ වැළඳී සිටින්නේද?	ඔව්	නැත
2. ශිෂ්‍යයා පසුගිය කාලයේ යම් එන්නතකට දැඩි ප්‍රතික්‍රියාවක් දක්වා තිබේද?	ඔව්	නැත
3. ශිෂ්‍යයාට ඖෂධ, ආහාර, රබර් කිරි හෝ එන්නත් සංරචක නිසා දැඩි අසාත්මිකතාවන් ඇති වන්නේ ද?	ඔව්	නැත
3a. ඉහත සඳහන් ප්‍රශ්ණයට පිළිතුර ඔව් නම් කරුණාකර අසාත්මිකතා සහ ප්‍රතික්‍රියා ලැයිස්තුගත කරන්න:		
4. පසුගිය සති 4ක් ඇතුළත මෙම ශිෂ්‍යයා කිසියම් එන්නත් ලබා ගෙන තිබේද?	ඔව්	නැත
5. මෙම ශිෂ්‍යයාට, ඔහුගේ සහෝදරයෙකුට හෝ දෙමාපියෙකුට වැලිප්පුව ඇති වී තිබේද; දරුවාට මොළයේ හෝ වෙනත් ස්නායු පද්ධති ගැටළු ඇති වී තිබේද?	ඔව්	නැත
6. ශිෂ්‍යයාට ඔහුගේ හදවතේ, පෙනහළුවල (ඇදුම ඇතුළුව), වකුගඩු, අක්මාව, ස්නායු පද්ධතිය දිගුකාලීන සෞඛ්‍ය ගැටළු තිබේ ද නැතහොත් පරිවෘත්තීය රෝග (උදා: දියවැඩියාව), රුධිර ආබාධයක්, ජීවිතව නොමැතිකම, රේච්ට රෝපණයක් හෝ කොළු ඇටේ තරල කාන්දු වීම තිබේද? ඔවුන් නිතිපතා ඇස්පිරින් හෝ සැලිසිලේට් බෙහෙත් ගන්නවා ද?	ඔව්	නැත
7. ශිෂ්‍යයාට පිළිකා, ලියුකේමියාව, එච්අයිවී/එඩ්ස් වැනි ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධති ගැටළුවක් තිබේද?	ඔව්	නැත
8. ශිෂ්‍යාගේ දෙමව්පියන්ට හෝ සහෝදර සහෝදරියන්ට ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධති ගැටළුවක් තිබේද?	ඔව්	නැත
9. පසුගිය මාස 6ක් ඇතුළත, ශිෂ්‍යයා ප්‍රෙඩිනිසෝන්, වෙනත් ස්ටෙරොයිඩ් හෝ පිළිකා නාශක ඖෂධ වැනි ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතියට බලපාන ඖෂධ හෝ රුමොටොයිඩ් ආතරයිටිස්, ක්‍රෝන්ගේ රෝගය හෝ සම රෝග සඳහා ප්‍රතිකාර කිරීම සඳහා ඖෂධ; නැත්නම් විකිරණ ප්‍රතිකාර ලබා ගෙන තිබේද?	ඔව්	නැත
10. පසුගිය මාස 12 තුළ දරුවා ප්‍රතිශක්තිකරණ (ගැමා) ග්ලෝබුලින්, රුධිරය/රුධිර නිෂ්පාදන හෝ ප්‍රතිවෛරස් ඖෂධයක් ලබා ගෙන තිබේද?	ඔව්	නැත
11. සිසුවිය ගර්භණියක්ද?	ඔව්	නැත
12. සිසුවියගේ අවසාන ඔසප් වකුගඩු පලමු දිනය කුමක්ද? දිනය: _____	අදාළ නැත	
13. එන්නතක් ලැබීමෙන් පසු සිසුවාට කවදා හෝ ක්ලාන්තය හෝ කරකැවිල්ල අත්විඳී තිබේද?	ඔව්	නැත

ඉහත කී සිසුවාට පහත සඳහන් එන්නත් ලබා ගැනීමට අවසර ලබා දෙමි. **සුදුසු කොටුවල ලකුණු කර අත්සන යොදන්න.**

ඔව්/අත්සන: _____ මගේ සිසුවාගේ වයස් සහ ශ්‍රේණි මට්ටම සඳහා අවශ්‍ය සියලුම එන්නත් සහ රෝග පාලන මධ්‍යස්ථාන නිර්දේශ කරනු ලබන එන්නත්.

ඔව්/අත්සන: _____ මගේ සිසුවාගේ වයස් සහ ශ්‍රේණියේ මට්ටම සඳහා අවශ්‍ය සියලුම එන්නත්.

පෞද්ගලිකත්ව භාවිතයන් පිළිබඳ දැනුම්දීම පිළිගැනීම:

ඔව්/අත්සන: _____ මෙම එකඟතා පෝරමය අත්සන් කිරීමට පෙර 2022 සැප්තැම්බර් දිනැති Sedgwick ප්‍රාන්තයේ රහස්‍යතා පරිවෘත්තීය පිළිබඳ දැනුම්දීමේ පිටපතක් මට ලබා දුන් බව මම පිළිගනිමි. පහත යොදා ඇති මගේ අත්සන මගින් මගේ දරුවාට පාසලේදී එන්නත් කිරීමට අවසර ලබා දෙන අතර කැන්සාස් ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයට තොරතුරු විද්‍යුත්ව හුවමාරු කිරීමට බලය ලබා දෙමි. පාසලේ හෙදියා සහ Sedgwick ප්‍රාන්ත සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව අතර මගේ දරුවාගේ එන්නත් වාර්තා අන්‍යෝන්‍ය වශයෙන් හුවමාරු කර ගැනීමටද මම බලය ලබා දෙමි.

රක්ෂණ බලය ලබා දීම සහ තොරතුරු නිකුත් කිරීම

ඔව්/අත්සන: _____ Sedgwick ප්‍රාන්ත සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව විසින් ශිෂ්‍යයාට සපයනු ලබන ඕනෑම සේවාවක් සඳහා ශිෂ්‍යයා වෙනුවෙන් වන (Medicare, Medicaid, සහ KanCare ඇතුළුව) රක්ෂණ සඳහා බිල් කරන ලද බලයලත් වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ගෙවීම එම ආයතනයට ගෙවන ලෙස මම ඉල්ලා සිටිමි. අදාළ සේවාවන් සඳහා ගෙවිය යුතු මෙම ප්‍රතිලාභ තීරණය කිරීමට අවශ්‍ය ඕනෑම තොරතුරක් Medicare සහ Medicaid සේවා (CMS) සහ එහි නියෝජිතයින්ට නිකුත් කිරීමට ශිෂ්‍යයාගේ වෛද්‍ය තොරතුරු රැගෙන එන ඕනෑම කෙනෙකුට මම බලය ලබා දෙමි. Sedgwick ප්‍රාන්ත සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව රක්ෂණ හිමිකම්පෑම් ගොනු කරන්නේ අනුග්‍රහයක් ලෙස බව මම තේරුම් ගෙන පිළිගනිමි. වැඩසටහනේ සියලු අවශ්‍යතා සේවා සපයන්නා විසින් සපුරාලනු ලැබුවද, Medicaid සහ/හෝ වෙනත් රක්ෂණ ආවරණයක් මගින් ගෙවීම් සිදු නොකරන්නේ නම්, ශිෂ්‍යයාගේ මාපියන්/හාමකරු වශයෙන් මම ගාස්තු සඳහා වගකිව යුතු බව මම තවදුරටත් තේරුම් ගෙන පිළිගනිමි.

දෙමාපියන්ගේ/හාමකරුගේ අත්සන _____ දිනය _____

දෙමාපියන්ගේ/හාමකරුගේ මුද්‍රිත නම _____ දෙමාපියන්ගේ උපන් දිනය _____

Staff use only below this line: _____

Patient Eligibility (circle one): Native American/ Alaskan Native Privately Insured T19 T21 Underinsured Uninsured

Vaccinations Administered (circle all that apply): DtaP Hepatitis A Hepatitis B HIB HPV Meningitis ACWY Meningitis B MMR PCV Polio TdaP Varicella COVID-19 Influenza Pediarix Pentacel Vaxelis Quadracel Proquad

THIS PAGE FOR STAFF USE ONLY

VACCINE/LOT#/EXP DATE	EXT	SITE	ROUTE
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ

SIGNATURE AND TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR:	DATE:	TIME:
---	-------	-------