

# THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE & XÃ HỘI CHO TRẺ NHỎ

(hoàn tất bởi phụ huynh/người nuôi dưỡng)

<b>HƯỚNG DẪN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Vui lòng hoàn tất. <b>Dùng chữ in.</b></li><li>▶ Nếu không hoàn thành có thể làm trì hoãn quyết định.</li></ul>
------------------	---

## THÔNG TIN CÁ NHÂN

- Tên trẻ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
 Nam  Nữ Tuổi: \_\_\_\_ Chiều cao/cân: \_\_\_\_\_ Quận: \_\_\_\_\_  
Năm sinh: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Số Anh Sinh Xã Hội: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
- Tên người cung cấp thông tin này: \_\_\_\_\_  
Liên hệ: \_\_\_\_\_
- Cho biết tình trạng sức khỏe và những ảnh hưởng những sinh hoạt hằng ngày: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Những triệu chứng này bắt đầu lúc trẻ mấy tuổi? \_\_\_\_\_
- Vào lúc mấy tuổi thì triệu chứng đầu tiên được chữa trị? \_\_\_\_\_

## THÔNG TIN TRƯỜNG HỌC

- Hiện nay trẻ học lớp mấy? \_\_\_\_\_ Tên giáo viên: \_\_\_\_\_
- Cho biết trường học/nhà trẻ trong hai năm qua. Nếu cần thêm trang giấy, vui lòng cộng thêm.  
Hãy kèm đề án giáo dục hoặc bằng điểm, nếu có.

Tên trường hiện tại		Trường trước đây	
Địa chỉ		Địa chỉ	
Thành phố, Bang		Thành phố, Bang	
Zip Code		Zip Code	
Số điện thoại	( )	Số điện thoại	( )
Ngày nhập trường		Ngày nhập trường	
Có Chương trình giáo dục đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cho biết lý do:	Có Chương trình giáo dục đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cho biết lý do:

8. Đứa trẻ này có vấn đề về tâm lý ở trường không?  Có  Không

Nếu **có**, xin liệt kê ra: \_\_\_\_\_

Những vấn đề tâm lý này cho gây ra việc trẻ bị đuổi học hoặc bị kỷ luật không?  Có  Không

Nếu **có**, xin giải thích: \_\_\_\_\_

9. Nếu trẻ ở độ tuổi đi học nhưng **không** được đi học, vui lòng cho biết tại sao trẻ không đi học:

\_\_\_\_\_

10. Trẻ có bao giờ được xét nghiệm về việc học hoặc về bệnh tâm lý không?  Có  Không

Nếu **có**, cho biết thí nghiệm được hoàn tất vào thời gian nào, ở đâu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **HOẠT ĐỘNG**

11. Trẻ làm gì lúc rảnh rỗi? Sở thích (đọc sách, thu gom, dùng computer, vv.) và/hoặc hoạt động (thể thao, khiêu vũ, hoạt động trường học, hướng đạo, câu lạc bộ, vv.) trẻ tham gia như thế nào:

\_\_\_\_\_

12. Có những trở ngại nào về những hoạt động hay về tâm lý cho trẻ không?  Có  Không

Nếu **có**, xin cho biết: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Trẻ có giúp việc nhà không?  Có  Không Nếu **có**, cho biết việc gì (thu xếp giường ngủ, cho gia súc ăn, lau nhà, làm vườn, vv.) bao lâu trẻ làm giúp những việc này một lần? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trẻ có cần sự giúp đỡ để thực hiện những việc này không? \_\_\_\_\_

14. Trẻ đối xử thế nào với người lớn (cha mẹ, thầy cô, hàng xóm)? Cho ví dụ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Trẻ chơi với bạn bè thế nào? (bạn, thành viên khác trong gia đình)? Cho ví dụ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Trẻ có khả năng chăm sóc bản thân mình tốt không?  Có  Không

Nếu **có**, cho ví dụ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **THÔNG TIN VỀ VIỆC CHĂM SÓC Y TẾ**

17. Liệt kê thuốc mà trẻ đang sử dụng để trị bệnh và cho biết bác sĩ kê toa:

Tên thuốc	Liều lượng	Bác sĩ kê toa?	Lần cuối gặp bác sĩ

18. Thuốc này làm trẻ bị ảnh hưởng thế nào? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Trong **24 tháng qua**, trẻ có nhận cuộc thử nghiệm đặc biệt nào không (thử thính giác, thị giác, IQ trí thông minh, thử máu, hít thở, X-quang, vv.)? Liệt kê dưới đây bao gồm chương trình HeadStart, Early Intervention Services, Mental Health/Mental Retardation Centers, vv.:

Tên Bác sĩ/Bệnh viện/ Trạm xá/Cơ quan bao gồm các chuyên gia	Địa chỉ, Zip Code, và Số điện thoại	Ngày thí nghiệm	Kết quả thử nghiệm

20. Có những triệu chứng nào gây đau đớn hoặc khó chịu cho trẻ không?  Có  Không

Nếu **có**, chúng có làm ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày của trẻ không? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. Trong **12 tháng qua**, trẻ được được chữa trị về thần kinh ở đâu?

Trạm xá tâm thần  Bác sĩ tư  Trạm xá  Bệnh viện  Những nơi khác

Liệt kê dưới đây:

Tên Bác sĩ/Bệnh viện/ Trạm xá/Cơ quan bao gồm các chuyên gia	Địa chỉ, Zip Code, và Số điện thoại	Ngày điều trị	Lý do cho điều trị

## **NHỮNG THÔNG TIN KHÁC**

22. Trẻ có nộp đơn xin Supplemental Security Income (SSI) chưa?  Có  Không

Nếu **có**, cho biết ngày? \_\_\_\_\_

Tình trạng đơn xin?  Chấp thuận  Chờ đợi  Khiếu nại  Từ chối  Chấm dứt

Nếu **từ chối** hoặc **chấm dứt**, khi nào? \_\_\_\_\_

Lý do? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Cho chúng tôi biết những thông tin khác mà quý vị nghĩ chúng tôi cần biết về trẻ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tên người hoàn tất mẫu này: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_