



**Clayton County Public Schools**  
**Bộ Phận Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện**  
1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236  
Điện thoại: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

## Mẫu Chứng Nhận Y Tế

**Vui lòng viết hoặc in và trả lại cho Bộ Phận Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện.**

**Các mẫu chứng nhận y tế chưa điền đầy đủ sẽ không được phê duyệt để nhận dịch vụ Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện.**

Giảng dạy Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện (HHB) là việc giảng dạy học tập được cung cấp cho những học sinh mắc bệnh bị buộc phải chỉ ở trong nhà hoặc một cơ sở chăm sóc y tế trong một khoảng thời gian mà cản trở việc đến trường bình thường dựa trên chứng nhận cần thiết về mặt y tế của bác sĩ hoặc bác sĩ tâm lý được cấp phép đang điều trị cho chẩn đoán chính của học sinh. Để được coi là đủ điều kiện nhận dịch vụ giảng dạy HHB, bác sĩ điều trị/bác sĩ tâm lý của học sinh phải dự kiến rằng học sinh sẽ nghỉ học tối thiểu mười ngày liên tiếp vì bệnh cấp tính, chấn thương, hoặc phẫu thuật, và dự kiến nghỉ học không liên tục tối thiểu mười ngày một năm đối với những học sinh bị bệnh mãn tính. (Quy tắc HHB 160-4-2-.31).

Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Tên Bác Sĩ/Bác Sĩ Tâm Lý: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Ngày Khám: \_\_\_\_\_ Ngày Khám Tiếp Theo: \_\_\_\_\_

\*\*\*Chẩn Đoán: \_\_\_\_\_

### Khoảng Thời Gian Học Sinh Sẽ Cần Giảng Dạy HHB:

Số Tuần: \_\_\_\_\_ Ngày Bắt Đầu: \_\_\_\_\_ Ngày Kết Thúc: \_\_\_\_\_

**Tuyên BỐ của Bác Sĩ: Vui lòng trả lời những câu hỏi sau. Vui lòng khoanh tròn.**

- |   |                      |
|---|----------------------|
| • Học sinh không thể đến trường trong tối thiểu 10 ngày liên tiếp phải không?   | Có _____ Không _____ |
| • Học sinh có buộc phải chỉ ở trong nhà hoặc bệnh viện không?   | Có _____ Không _____ |
| • Có được khuyến nghị dịch vụ HHB toàn thời gian không?   | Có _____ Không _____ |
| • Có được khuyến nghị *dịch vụ HHB không liên tục không?  | Có _____ Không _____ |
| • Học sinh mắc bệnh mãn tính hoặc bệnh dài ngày và học sinh vắng mặt không đến trường mười ngày một năm có thể nhận *dịch vụ HHB không liên tục thay vì dịch vụ HHB toàn thời gian. Đây có phải là lựa chọn khả thi đối với học sinh không? | Có _____ Không _____ |
| • Có thể cung cấp giảng dạy mà không làm nguy hại đến sức khỏe hoặc sự an toàn của giảng viên hoặc những học sinh khác mà giảng viên có thể tiếp xúc không?   | Có _____ Không _____ |
| • Học sinh có bệnh truyền nhiễm không?  | Có _____ Không _____ |
| • Học sinh có thể tham gia và hưởng lợi từ chương trình giảng dạy không?  | Có _____ Không _____ |

**\*Nếu học sinh được chấp thuận sử dụng dịch vụ HHB không liên tục, học sinh sẽ cần cập nhật về tình trạng y tế theo lịch được xác định trong Chương Trình Dịch Vụ Giáo Dục (ESP) của Học Sinh.**



**Clayton County Public Schools**  
**Bộ Phận Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện**  
1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236  
Điện thoại: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

## Mẫu Chứng Nhận Y Tế (tiếp)

trang 2b

Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_ Số ID: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Vui lòng nêu bất kỳ giới hạn hoặc hạn chế nào trong thời gian giảng dạy HHB, bao gồm các ảnh hưởng của thuốc.

### Kế Hoạch Điều Trị và Đi Học Trở Lại

Thông tin sau là bắt buộc để xác định tính đủ điều kiện nhận giảng dạy Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện và phải được điền đầy đủ bởi bác sĩ hoặc bác sĩ tâm lý được cấp phép hiện đang điều trị cho chẩn đoán chính của học sinh.

- Lịch điều trị/trị liệu cho học sinh này là gì? Hàng Ngày: \_\_\_\_\_ Hàng Tuần: \_\_\_\_\_ Hàng Tháng: \_\_\_\_\_
- Khoảng thời gian dự kiến cho việc điều trị/trị liệu là gì? \_\_\_\_\_
- Học sinh có thể trở lại trường trên cơ sở không liên tục sau khi ổn định tình trạng hoặc thuốc không? Nếu có, vui lòng giải thích. \_\_\_\_\_

Giảng dạy Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện được cung cấp như một dịch vụ hỗ trợ; dịch vụ này không nhằm mục đích thay thế giảng dạy thông thường ở lớp học. Do đó, học sinh được khuyến khích trở lại trường sớm nhất có thể. Vui lòng mô tả khung thời gian của quý vị và chương trình chuyển tiếp đi học trở lại của học sinh.

### **Chứng Nhận của Bác Sĩ**

Tôi xác nhận rằng học sinh này đang được tôi chăm sóc và điều trị cho bệnh trạng được đề cập ở trên. Khuyến nghị của tôi dựa trên các nhu cầu y tế của bệnh nhân, có cân nhắc ưu tiên môi trường ít hạn chế nhất.

\_\_\_\_\_  
*Chữ Ký của Bác Sĩ*

\_\_\_\_\_  
*Số Giấy Phép GA*

\_\_\_\_\_  
*Ngày*

Chỉ Dành Cho Bộ Phận HHB Sử Dụng  
Giảng Viên HHB: \_\_\_\_\_ Ngày Nhận Mẫu Đơn Đã Điền Đầy Đủ: \_\_\_\_\_  
Ngày Liên Hệ với Bác Sĩ: \_\_\_\_\_ Nhận xét: \_\_\_\_\_