



PHIẾU GIỚI THIỆU VỀ SỨC KHỎE

Tên Học Sinh:		Họ	Tên	Chữ lót tắt	Ngày:
Ngày Sinh:			Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
Phụ Huynh hay Giám Hộ:					
Địa chỉ:	Đường phố	Thành phố	Tiểu Bang	Số Zip	
<p><u>PHỤ HUYNH hay GIÁM HỘ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Xin tham khảo với bác sĩ hay nha sĩ của con em mình về những vấn đề sau đây: _____ Sau khi khám nghiệm xong và chuyên gia khám nghiệm ghi kết quả phát hiện và đề nghị nơi phần dưới của phiếu này, xin nộp trả phiếu điền đầy đủ lại trường. <p>Hiệu Trưởng hay Người Ủy Nhiệm _____ Trường _____</p>					
CƠ QUAN Y TẾ					
<p><u>Chuyên Gia Khám Nghiệm:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Xin dẫn chứng chẩn đoán /điều trị/đề nghị. Xin đưa phiếu điền đầy đủ cho phụ huynh hay giám hộ để nộp trả lại trường. <p>Chẩn Đoán: _____</p> <p>Điều Trị: _____</p> <p>Xin đánh dấu một ô: <input type="checkbox"/> Truyền Nhiễm <input type="checkbox"/> Không Truyền Nhiễm</p> <p>Có thể trở lại trường (ngày) _____</p>					
Chuyên Gia Khám Nghiệm:			Cấp Bằng Chuyên Nghiệp:		
Chữ Ký:				Ngày:	