

आपातकालीन स्थिति फॉर्म

माता पिता को निर्देश:

- फॉर्म के इस पृष्ठ पर सभी आइटम भरें। जहाँ निर्दिष्ट हो हस्ताक्षर करें और तिथि लिखें।
- यदि आपके बच्चे को कोई चिकित्सा संबंधी स्थिति है जिसके कारण आपातकालीन चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता हो सकती है, तो फॉर्म का दूसरा पृष्ठ भरें। यदि आवश्यक हो, तो अपने बच्चे के हेल्थ प्रैक्टिशनर से उस जानकारी की समीक्षा करवाएं।

नोट: यह पूरा फॉर्म वर्ष में एकबार अद्यतन किया जाना चाहिए।

बच्चे का नाम _____ जन्म तिथि _____
कुलनाम नाम

नामांकन की तिथि _____ अपेक्षित उपस्थिति के घंटे और दिन _____

बच्चे के घर का पता _____
स्ट्रीट/अपार्टमेंट # शहर राज्य ज़िप कोड

माता पिता/आभभावक का(क) नाम	संबंध	फोन नंबर		
		कार्य स्थल _____	C:	H:
		W:		
		कार्य स्थल _____	C:	H:
		W:		

बच्चे को लेने आने के लिए अधिकृत व्यक्ति का नाम (हररोज़) _____

कुलनाम नाम बच्चे से संबंध पता

पता _____

स्ट्रीट/अपार्टमेंट # शहर राज्य ज़िप कोड

अन्य परिवर्तन/अतिरिक्त जानकारी _____

वार्षिक अपेडट _____
(आद्याक्षर/तिथि) (आद्याक्षर/तिथि) (आद्याक्षर/तिथि) (आद्याक्षर/तिथि)

जब माता पिता/अभिभावक से संपर्क न हो सके, कृपया ऐसे एक व्यक्ति का विवरण दें जिससे आपातकालीन स्थिति में बच्चे को ले जाने के लिए संपर्क किया जा सके:

1. नाम _____ टेलीफोन (घर) _____ (कार्य) _____
कुलनाम नाम

पता _____
स्ट्रीट/अपार्टमेंट # शहर राज्य ज़िप कोड

2. नाम _____ टेलीफोन (घर) _____ (कार्य) _____
कुलनाम नाम

पता _____
स्ट्रीट/अपार्टमेंट # शहर राज्य ज़िप कोड

3. नाम _____ टेलीफोन (घर) _____ (कार्य) _____
कुलनाम नाम

पता _____
स्ट्रीट/अपार्टमेंट # शहर राज्य ज़िप कोड

बच्चे के फिज़िशियन या स्वास्थ्य देखभाल का स्रोत _____ टेलीफोन _____

पता _____
स्ट्रीट/अपार्टमेंट # शहर राज्य ज़िप कोड

तत्कालीन चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता हो ऐसी आपात कालीन स्थितियों में, आपके बच्चे को सबसे नज़दीकी अस्पताल के इमरजन्सी रूम में ले जाया जाएगा। आपके हस्ताक्षर चाइल्ड केयर फैसिलिटी के अधिकृत व्यक्ति को आपके बच्चे को उस अस्पताल तक ले जाने की अधिकृति प्रदान करते हैं।

माता पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर _____ तिथि _____

माता पिता/अभिभावक को निर्देश:

- (1) यदि आपके बच्चे को कोई ऐसी स्थिति(याँ) हैं जिनमें आपातकालीन चिकित्सा देखभाल आवश्यक हो सकती है, तो निम्नलिखित आइटमों को उपयुक्त तरीके से पूरा करें।
- (2) यदि आवश्यक हो, तो अपने बच्चे के हेल्थ प्रैक्टिशनर को नीचे प्रदान की हुई जानकारी की समीक्षा करवाएं और जहाँ निर्दिष्ट है हस्ताक्षर करें और तिथि लिखें।

बच्चे का नाम: _____ जन्म तिथि: _____

चिकित्सा संबंधी स्थिति(याँ): _____

आपके बच्चे द्वारा इस समय ली जा रही दवाएं: _____

आपके बच्चे के पिछले टिटनस के टीके की तिथि: _____

एलर्जियाँ/रिएक्शन: _____

आपातकालीन चिकित्सा निर्देश:

(1) खोजने वाले लक्षण/चिह्न: _____

(2) यदि लक्षण/चिह्न दिखाई दें, ऐसा करें: _____

(3) घटनाएं होने से रोकने के लिए: _____

ऐसी अन्य विशेष चिकित्सा प्रक्रियाओं की आवश्यक हो सकती हैं: _____

टिप्पणियाँ: _____

हेल्थ प्रैक्टिशनर के लिए नोट:

यदि आपने ऊपर दी हुई जानकारी की समीक्षा की है, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी भरें:

हेल्थ प्रैक्टिशनर का नाम _____ तिथि _____

हेल्थ प्रैक्टिशनर के हस्ताक्षर _____ (_____) _____
टेलीफोन नंबर _____