

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 3
डॉक्टर से संपर्क करने की अनुमति

Authorisation to contact doctor

इस फॉर्म को माता-पिता/देखभाल-कर्ता द्वारा अंग्रेजी में भरा जाना चाहिए

विद्यार्थी का नाम: _____
Name of student

उस स्कूल का नाम जिसमें विद्यार्थी नामांकित है या जहाँ उसका नामांकन कराने हेतु प्रयास किया जा रहा है

Name of school

मुझे बताया गया है कि:

1. स्कूल को मेरे बच्चे के स्वास्थ्य संबंधी हालात के प्रभावों के बारे में उसका इलाज करने वाले डॉक्टर से सलाह-मशवरा करने की आवश्यकता पड़ सकती है जिससे स्कूल एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य देख-भाल योजना बना सके और उसे लागू कर सके।
2. जो जानकारी स्कूल को चाहिए उसमें शामिल है मेरे बच्चे की एलर्जी व तीव्रग्रहिता (ऐनाफिलैक्सिस) के खतरे तथा कोई ऐसे अन्य स्वास्थ्य संबंधी हालात, जिनसे स्कूल में व स्कूल द्वारा आयोजित अन्य गतिविधियों के दौरान, जब वे मेरे बच्चे को मदद करते हैं, उस पर प्रभाव हो सकता है।

मुझे यह भी बताया गया है कि डॉक्टर द्वारा स्कूल को दी गई जानकारी का लक्ष्य है इस जानकारी का उपयोग स्कूल का स्टाफ़ इसे एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य देख-भाल योजना बनाने व और लागू करने के लिए कर सके।

मैं सहमत हूँ कि जिस स्वास्थ्य देख-भाल व्यवसायिक की पहचान नीचे की गई है वह मेरे बच्चे की एलर्जी व तीव्रग्रहिता (ऐनाफिलैक्सिस) के खतरे तथा कोई अन्य स्वास्थ्य संबंधी हालात से संबंधित जानकारी शिक्षा व समुदाय/स्कूल विभाग को दे सकता है, जिसमें अध्ययन विकार शामिल है, और जिनसे स्कूल में व स्कूल द्वारा आयोजित अन्य गतिविधियों के दौरान, जब वे मेरे बच्चे को मदद करते हैं, उस पर प्रभाव हो सकता है।

डॉक्टर संबंधी जानकारी (Doctor's information) :

डॉक्टर का नाम: _____
Name of doctor

डॉक्टर का पता: _____
Address of doctor

डॉक्टर का फोन नम्बर: _____
Doctor's phone number

डॉक्टर का मोबाईल, यदि मालूम हो तो: _____
Doctor's mobile

डॉक्टर का ईमेल, यदि मालूम हो तो: _____
Doctor's email

डॉक्टर का फ़ैक्स, यदि मालूम हो तो: _____
Doctor's fax

माता-पिता/देखभाल-कर्ता के हस्ताक्षर _____
Signature of parent/carer

माता-पिता/देखभाल-कर्ता का नाम (कृपया बड़े अक्षरों में लिखें) _____
Name of parent/carer