马萨诸塞州
早期教育和护理局

表格	
主题：紧急儿童护理计划儿童接受表	紧急儿童护理
生效日期：2020年3月21日更新	

紧急儿童护理计划儿童接受表

孩子信息

孩子姓名：_____出生日期：_____

接收时年龄：_____接收日期：_____

孩子家庭住址：_____

住家电话：_____

第一语言：_____识别标记：_____

眼睛颜色：_____头发颜色：_____皮肤颜色：_____

性别：_____身高：_____体重：_____

学校信息：_____

免疫信息：_____铅筛查：_____

符合条件原因

涉及儿童与家庭局（DCF）：☐ 涉及过渡性援助局/对有赡养儿童家庭的过渡性援助（DTA/TAFDC）：☐

无家可归：☐ 关键工人：☐

请说明：_____

家长/监护人信息

家长/监护人 #1：

家长/监护人姓名：_____

与孩子的关系：_____

家庭住址：_____

可联系到的电话号码：_____

电子邮件地址：_____

职业：_____

雇主姓名和地址：_____

雇主电话号码：_____

工作小时数：_____

家长/监护人 #2：

家长/监护人姓名：_____

与孩子的关系：_____

家庭住址：_____

可联系到的电话号码：_____

电子邮件地址：_____

职业：_____

雇主姓名和地址：_____

雇主电话号码：_____

工作小时数：_____

附加信息

是否有特殊饮食习惯？_____

过敏：☐ 如有，请描述：_____

是否有肾上腺素注射：☐ 如有，请描述：_____

是否有针对有慢性病孩子的个人健康计划？如有，请附上。_____

是否有关于孩子的任何监护协议、法院指令及限制令？如有，请附上复印件。_____

服药及副作用：_____

是否有特别限制或担心？_____

_____

本人确认，此护理是按照贝克（Baker）州长的行政命令在紧急状态下提供。早期教育和护理局（EEC）的紧急儿童护理计划不用得到EEC的许可，而且不要求该计划符合EEC规章中的所有要求。本人承认，提供此儿童护理为临时性。

_____ _____

家长/监护人签字 日期

紧急卡片信息

提醒：此紧急卡片信息用于教育人员的急救箱。教育人员在离开儿童护理地点时必须要携带该急救箱以确保孩子的安全。

孩子姓名：_____**出生日期：**_____

孩子家庭住址：_____

_____ **电话：** _____

联系或监护人说明：

1. _____
（姓名、住址、住家及手机电话号码）

2. _____
（姓名、住址、住家及手机电话号码）

医生或健康护理专业人士的联系信息

1. _____
（医生姓名、地址、电话号码）

紧急联系人

1. _____
（医生姓名、地址、电话号码）

2. _____
（医生姓名、地址、电话号码）

紧急医疗

我在此给予_____许可
（教育人员/助理姓名）

给我的孩子进行基本急救/或心肺复苏（CPR）_____
（姓名）

和/或将我的孩子送到_____医院进行治疗
（姓名）

联系不到我或有延误会对我孩子的健康有危险。

_____ _____

家长/监护人　　日期

医疗保险信息（可选填）
保险购买者姓名_____

保险类型_____

保单号码：_____

[ ] 保险卡复印件

其他相关医疗信息：