

건강 정보 / HEALTH INFORMATION

담당 의사/클리닉 이름: _____ 전화 () _____
 Name of Physician/Clinic: _____ Telephone _____

건강에 관한 유의 사항 / Health Alert

자녀가 신체적 활동 참여에 영향을 줄 수 있는 건강 문제가 있습니까? 예 ___ 아니오 ___
 Does child have any health condition that may affect participation in physical activities? Yes No

제한 내용 _____ (예: 계단 오르기, 체육 활동)
 Limitations (e.g., stair climbing, participation in gym)

알레르기 / Allergies

금년도의 제 504항 서비스 요청 유무? 예 ___ 아니오 ___ 전년도? 예 ___ 아니오 ___
 504 services for the current year? Yes No Previous Year? Yes No

자녀는 다음 보증을 가지고 있습니다 (해당 사항에 X): 민간 건강보험 ___ 메디케이드 ___ 건강보험 없음 ___
 My child has (X any that apply) Private health insurance Medicaid No health insurance

"건강보험 없음"인 경우, 보험 옵션에 관한 정보를 얻기 위해 이 카드의 연락처 정보를 공유하시겠습니까? 예 ___ 아니오 ___
 If "No Health Insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options? Yes No

자녀가 아프거나 다친 경우 카드에 기재된 분들에게 연락이 닿지 않을 때 학교측에서 어떻게 조치하기를 바라십니까?
 If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

응급 사태에 대한 최종 처리는 학교 당국의 판단에 따르기로 함을 이해합니다.

위에 기재된 학부모의 권고를 최대한 존중합니다.

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible.

형제 자매 / Siblings: 성 / Last Name	이름 / First Name	재학중인 학교 / School of Attendance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

학교용 / FOR SCHOOL USE

List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record

Date	Contact	Reason	Disposition
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____

252290038 08/30/07

New York City Department of Education T&I 2359 (Korean)