

السنة الدراسية: 2021-2020

استمارة التسجيل للخدمات الصحية من مرحلة ما قبل الروضة – للصف 12

اسم الطالب _____ الاسم العائلي _____ الاسم الشخصي _____ الاسم الوسط _____ تاريخ الميلاد _____ الصف: _____

طفلي يرتدي النظارات أو العدسات اللاصقة طفلي يعاني من الحساسية الموسمية

ضع علامة هنا إذا كان طفلك لا يعاني من أي مشاكل صحية (أكمل الصفحة الخلفية)

الرعاية الصحية في حالات الطوارئ: في حالة المرض أو الإصابة الخطيرة و تعذرت إمكانية الاتصال بأحد الوالدين / الوصي، أوافق على نقل طفلي إلى المستشفى بواسطة سيارة الإسعاف إذا استدعى الأمر للرعاية الطبية. لن تكون مقاطعة مدارس توسان الموحدة: TUSD مسؤولة عن أي تكاليف لا يغطيها التأمين.

يكون الوالد / الوصي مسؤولاً عن إخبار المدرسة بالمشاكل الصحية الجديدة أو الموجودة و عن تزويد المدرسة بأي أدوية أو معدات قد يحتاجها الطالب خلال اليوم الدراسي. اتصل بالمكتب الصحي للحصول على استمارات الإجراءات اللازمة. * الحالات التي تهدد الحياة مثل الحساسية المفرطة أو الربو أو مرض السكري أو غيره من الحالات تتطلب خطط / إجراءات رعاية صحية فردية و تصاريح دوائية و تدريب الموظفين قبل حضور طفلك للمدرسة.

أنواع الحساسية (إذا تم وضع علامة هنا، فاتصل بموظفي مكتب الصحة في مدرستك)

الأكل: _____ النحل / الحشرات: _____ الحساسية للدواء: _____ نوع آخر _____
وصف رد الفعل التحسسي و كيفية العلاج: _____
 وصفة الإبيبينفرين عن طريق الحقن سيحمل طفلي إبيبينفرين عن طريق الحقن و قد تلقى إرشادات كيفية استخدام الإبيبينفرين
 سيتم إبقاء الإبيبينفرين الذي يؤخذ عن طريق الحقن في مكتب الصحة

الربو (إذا تم وضع علامة هنا، فاتصل بموظفي مكتب الصحة في مدرستك)

المسببات: الرياضة البيئة مسببات أخرى: _____
 توجد وصفة لجهاز الاستنشاق سيحمل طفلي جهاز الاستنشاق و قد تلقى إرشادات كيفية استخدام جهاز الاستنشاق سيتم إبقاء جهاز الاستنشاق في مكتب الصحة
 تم تشخيص طفلي بالربو و لكن لم يعد يستخدم جهاز الاستنشاق - تاريخ آخر نوبة ربو _____

السكري (إذا تم وضع علامة هنا، فاتصل بموظفي مكتب الصحة في مدرستك)

النوع الأول مضخة الأنسولين القلم الحقنة النوع الثاني خطة مقدم الرعاية الصحية

من الناحية الحسية / السلوكية / النفسية / النمائية

نقص الانتباه / فرط الحركة القلق الاكتئاب تشخيص أو تشخيصات أخرى: _____
يتلقى العلاج نعم لا

السمع / النظر (بخلاف النظارات أو العدسات)

ضعاف السمع، حدد ذلك: _____ ضعاف البصر، حدد ذلك: _____

التنقل / النشاط (إذا تم وضع علامة هنا، فاتصل بموظفي مكتب الصحة في مدرستك)

سيحتاج طفلي إلى المساعدة في أنشطة الحياة اليومية و / أو إجراءات الرعاية الصحية
 القيود المفروضة على النشاط (حدد ذلك): _____ يستخدم طفلي جهازًا مساعدًا (حدد ذلك): _____

حالات الصرع (إذا تم وضع علامة هنا، فاتصل بموظفي مكتب الصحة في مدرستك)

نوع النوبة: _____ تاريخ آخر نوبة: _____
 Diastat أو أدوية الطوارئ الأخرى اللازمة للنوبات التي تقع في المدرسة أدوية النوبات اليومية في المنزل

مشاكل طبية أخرى (إذا قمت وضع علامة أدناه، فيرجى توضيح ذلك في سطر التعليقات و الاتصال بموظفي مكتب الصحة في مدرستك)

الشلل الدماغي أمراض القلب ارتجاج الدماغ (التاريخ: _____) مشاكل أخرى: _____
التعليقات: _____

الأدوية

الأدوية في المدرسة
إذا كان طفلك يحتاج إلى الأدوية في المدرسة، فاتصل بموظفي مكتب الصحة المدرسية. الأمر يتطلب تصريح لإعطاء الدواء.
الأدوية التي تؤخذ في البيت (حدد ذلك): _____

الصف: _____

الأدوية التي لا تحتاج وصفة و التي تقدمها المدرسة

فقط لطلاب الصف السادس إلى الصف الثاني عشر:

بالنسبة للشكاوى البسيطة، أصرح لموظفي المكتب الصحي (قد يكونوا أشخاصًا غير مرخصين مثل المساعدين الصحيين أو موظفي المكاتب) بتقديم:

- نعم لا - الأسيتامينوفين أقل من 100 رطل = 325 ملجم، أكثر من أو يساوي 100 رطل = 650 ملجم (الدواء الجنييس تايلينول للصداع، تشنجات الحيض، أو غيرها من عدم الارتياح البسيط)
- نعم لا - الإيبوبروفين أقل من 100 رطل = 200 ملجم، أكثر من أو يساوي 100 رطل = 400 ملجم (الدواء الجنييس أدفيل للصداع، تشنجات الحيض، أو غيرها من الانزعاج الطفيف)

الموافقة على برنامج شطف الفم بالفلورايد للتقليل من تسوسات الأسنان

فقط لطلاب الصف الأول إلى الصف الخامس

أرغب في مشاركة طفلي في برنامج شطف الفم بالفلورايد التابع لإدارة الخدمات الصحية في أريزونا. أفهم أنه يمكنني سحب الإذن في أي وقت عن طريق إخبار مكتب الصحة المدرسية كتابة.

لا أريد لطفلي أن يشارك في برنامج شطف الفم بالفلورايد التابع لإدارة الخدمات الصحية في أريزونا.

أود الحصول على المزيد من المعلومات حول خدمات طب الأسنان المتوفرة في المدرسة. يرجى الاتصال بي

<https://www.gd4k.com/GeneralDentistry4Kids>

التأمين

لا يوجد نعم (اسم التأمين: _____ AHCCCS: أكسيس TriCare: ترايكير

المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة ستحل محل و / أو يتم تحديث أي معلومات صحية سابقة تم استلامها باستثناء الحالات الصحية التي تهدد الحياة (اتصل بالمرضة حول إزالة هذه المعلومات). تقع على عاتق الوالد / الوصي مسؤولية إخبار المكتب الصحي بأي تغييرات تتعلق بالحالة الصحية لطفله.

اسم الوالد / الوصي (مكتوب بوضوح): _____ توقيع الوالد / ولي الامر: _____ التاريخ: _____