

مدارس لين العامة
نموذج طبي/طوارئ
العام الدراسي 2018/2017

ID: _____

أكمل الوجهين

المدرسة: _____ الصف/المرتبة بالمنزل: _____ المتجر (إذا كان ينطبق): _____

معلومات عامة

الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ محل الميلاد: _____
الأخير الأول الأوسط
العنوان: _____ رقم هاتف المنزل: _____
عنوان الشارع رقم الشقة المدينة الرمز البريدي/الولاية
ذكر أنثى اللغات التي يتحدثها في المنزل: _____ وصاية الولاية: نعم لا

الوالد / الوصي

الوالد/الوصي

الاسم: _____ العلاقة الأول الأخير
رقم هاتف المنزل: _____
رقم هاتف العمل: _____
رقم الهاتف المحمول: _____
عنوان البريد الإلكتروني: _____
العنوان إن كان مختلفًا عن عنوان الطالب: _____

أقارب الطالب

الاسم: _____ المدرسة: _____ الاسم: _____ المدرسة: _____
الاسم: _____ المدرسة: _____ الاسم: _____ المدرسة: _____

إن لم تتمكن من الوصول إليك: اتصال الطوارئ/إذن بالانصراف (يجب أن يكون الطالب 18 عام أو أكبر)

الاسم: _____ العلاقة: _____ رقم هاتف لفترة النهار: _____
الاسم: _____ العلاقة: _____ رقم هاتف لفترة النهار: _____
الاسم: _____ العلاقة: _____ رقم هاتف لفترة النهار: _____
الاسم: _____ العلاقة: _____ رقم هاتف لفترة النهار: _____

لا يجب صرف ابني مع الأشخاص التاليين

* حكم اعتقال ساري المفعول
نعم لا العلاقة: _____ الاسم: _____
نعم لا العلاقة: _____ الاسم: _____

(إن كانت الإجابة نعم فلا بد من إرفاق صورة من أمر الاعتقال)

***توقيع الأب/ ولي الأمر

** من فضلك اقلب الصفحة وأكمل الوجه الآخر **

التاريخ الصحي للطلاب

هل لديك تأمين صحي؟

 خاص عام (مثل صحة إم إيه، أو التأمين الصحي للأطفال) لا يوجد تأمين

اسم مقدم خدمة التأمين الصحي: _____ رقم البوليصة/المجموعة: _____

(يرجى التواصل مع ممرضة المدرسة إذا كنت تحتاج المساعدة للتقدم من أجل الحصول على تأمين صحي)

المعلومات الطبية

(يرجى وضع علامات على كل المربعات التي تنطبق على طفلك. اتصل بممرضة المدرسة لمزيد من المعلومات الطبية السرية)

الحساسية (المواد الغذائية، الحشرات، الأدوية، البيئة) نعم لا
 ربو ضعف الانتباه/فرط الحركة وقلة الانتباه توحّد مشكلات في نزيّف/تجلط الدم اكتئاب

 سكري النوع 1 النوع 2 عيوب/أمراض القلب فتاق أمراض الكلى

 فقر الدم المنجلي أو ما يشابهه السل غير ذلك

تاريخ الإصابة بارتجاج المخ والمواعيد

التشنجات/النوبات (تاريخ آخر نوبة): _____ نوع النوبة أو الاضطراب: _____

العمليات الجراحية أو الإصابات الخطيرة (بالتواريخ): _____

المعدات الطبية الخاصة المطلوبة: _____

الحساسية (الطعام، أو الحشرات، أو الأدوية، أو البيئة) نعم لامشكلات بصرية (حدد) يرتدي نظارات طبية؟ لا يرتدي عدسات لاصقة؟ نعم لامشكلات في السمع (حدد) الأذن اليسرى الأذن اليمنى معاق سمعيًا؟؟ نعم لا

تاريخ آخر فحص لدى الطبيب

الممنوعات (لا بد من وصفة الطبيب): _____

(مطلوب نسخة/إثبات طبي قبل الدخول للمدرسة في الصفوف: الحضانة، والرابع، والسابع، والعاشر. يُرجى إرساله إلى ممرضة المدرسة)

الأدوية التي يتناولها طفلك حاليًا

في المنزل: _____

في المدرسة: _____

طبيب الأسنان المعالج

الطبيب المعالج للطلاب/طبيب الأطفال

رقم الهاتف

الاسم

رقم الهاتف

الاسم

لا تترك هذا الجزء خاليًا

تفويض ولي الأمر

- نعم لا
1. أسمح لممرضة المدرسة بالإفصاح عن المعلومات الطبية الخاصة استنادًا إلى تقييمها وحكمها لموظفي المدرسة المعنيين مباشرة بسلامة ورعاية طفلي.
- نعم لا
2. أسمح لممرضة المدرسة بإعطاء طفلي التاييلينول.
- نعم لا
3. أسمح لممرضة المدرسة بإعطاء طفلي ايبوبروفين.
- نعم لا
4. أسمح لممرضة المدرسة بإعطاء طفلي كالامين لعلاج تهيجات الجلد الطفيفة.
- نعم لا
5. أسمح لطفلي بالنقل إلى المستشفى وتلقي الرعاية الطبية اللازمة في حالة عدم التمكن من الوصول إلي.
- نعم لا
6. التاريخ الصحي لطفلي صحيح على حد علمي، وأسمح لطفلي بالمشاركة في كل الأنشطة باستثناء ما أشرت إليه.

***توقيع ولي الأمر/الوصي _____

التاريخ _____