

عزيزي الوالد/ولي الأمر،

تمتلك مدرسة طفلك، بالشراكة مع البرنامج الصحي المدرسي المُقدم من Montefiore، مركزًا صحيًا شاملًا يختلف عن مكتب ممرضة المدرسة. يوفر المركز الصحي للطلاب الرعاية في حالات الطوارئ، والإسعافات الأولية في حالات الإصابات الطفيفة، فضلًا عن الفحوصات البدنية اللازمة للمدرسة أو الأنشطة الرياضية أو أوراق العمل، وخدمات الإرشاد السرية وتخفيف الضغوط النفسية، وخدمات التطعيم، والرعاية لمرضى الربو، والإرشادات التغذوية، وخدمات طب الأسنان الوقائية والمزيد.

إذا كنت ترغب في انضمام طفلك للمركز الصحي، يُرجى استكمال الاستمارات المُرفقة وتوفير الآتي:

- استمارة الموافقة من الوالدين / ولي الأمر
- استمارة التاريخ الصحي الأساسية. تُحفظ جميع المعلومات في سرية.
- استمارة التأمين. يُرجى إرفاق نسخة من بطاقة التأمين الخاصة بطفلك – الوجه الأمامي والخلفي.
- يُرجى إرفاق نسخة من سجل تطعيمات طفلك

الأسئلة الشائعة حول المركز الصحي

ما ساعات العمل بالمركز؟

المركز مفتوح في جميع الأيام الدراسية: من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 3:30 عصرًا. يغلق يوميًا لمدة نصف ساعة لتناول الغداء. يُرجى مراجعة عضو فريق عمل المركز الصحي لمعرفة وقت الغداء.

من فريق العمل بالمركز؟

موفر (موفرو) الرعاية الطبية، وموفر (موفرو) خدمات الصحة العقلية، وممرضة مساعدة مرخصة، ومسئول الصحة المجتمعية، ورئيس فريق العمل. تتوفر خدمات الأسنان للوقاية والترميم حاليًا في أماكن محددة بحرم المدرسة الثانوية؛ وتتوفر خدمات الأسنان للوقاية والترميم حاليًا في أماكن محددة بحرم المدرسة الابتدائية.

هل يجب التأمين على طفلي؟

لا، فنحن نوفر الخدمات لطفلك بغض النظر عن التغطية التأمينية الخاصة به. وتجدر الإشارة إلى أننا نرسل الفواتير إلى شركات التأمين متى أمكن؛ للمساعدة في تغطية تكاليف البرنامج، ولكننا لا نتحمل مسؤولية الدفعات المشتركة. تساعد التغطية التأمينية في تيسير عمليات الإحالة إلى المتخصصين الفرعيين، ومن أجل الاختبار التشخيصي.

هل أنا مسئول عن الدفعات المشتركة؟

لا، فنحن نرسل الفواتير إلى شركات التأمين متى أمكن؛ للمساعدة في تغطية تكاليف البرنامج، ولكننا لا نتحمل مسؤولية الدفعات المشتركة. والتأمين ضروري أيضًا لتيسير عمليات الإحالة إلى المتخصصين الفرعيين، ومن أجل الاختبار التشخيصي.

هل يجب أن يكون طفلي مواطنًا أمريكيًا؟

لا، لا يجب أن يكون طفلك مواطنًا أمريكيًا. كما أننا لا نجمع معلومات عن حالة المواطنة.

هل يلزم أن يغير طفلي موفر الرعاية الصحية المنتظم الخاص به؟

لا، بل يمكن لطفلك الاستمرار مع طبيبه. فنحن نعمل ونتواصل مع موفر الرعاية الصحية أو متخصصي أو موفري خدمات الصحة العقلية لطفلك، سواء كانوا من الموفرين التابعين لـ Montefiore أم لا.

نتعهد بصحة الطلاب، وندعوك لمشاركتنا أسئلتك ومخاوفك.

وتفضلوا بقبول وافر التقدير والاحترام،

البرنامج الصحي المدرسي من Montefiore

البرنامج الصحي المدرسي من Montefiore النموذج المدرسي لموافقة الوالدين

خدمات المركز الصحي المدرسي

- أوافق على تلقي طفلي لخدمات الرعاية الصحية المقدمة من المهنيين الصحيين المرخصين من الولاية، التابعين لمركز Montefiore الطبي، كجزء من البرنامج الصحي المدرسي المعتمد من إدارة الصحة في ولاية نيويورك. أفهم أن السرية بين الطالب وموفر الرعاية الصحية ستكون مضمونة في مجالات محددة من الخدمة وفقاً للقانون، وأنه سيتم تشجيع التلاميذ على إشراك الوالدين أو أولياء الأمور في الإرشادات وقرارات الرعاية الطبية. وقد تتضمن خدمات المركز الصحي المدرسي، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:
1. تشمل الخدمات الصحية المدرسية المقررة: فحص البصر (بما في ذلك نظارات العين)، والسمع، والربو، والسمنة، والجنف (التواء العمود الفقري)، والسُّل، وغيرها من الحالات الطبية؛ وتوفير الإسعافات الأولية، والتطعيمات اللازمة والفحوصات بها.
 2. الفحص البدني الشامل (الفحص الطبي الكامل)، بما في ذلك ما يتعلق بالمدرسة، والرياضة، وأوراق العمل، وطلبات القبول الجديدة.
 3. الاختبارات المعملية الموصوفة طبيًا، مثل ما يتعلق بفقر الدم، والخلايا المنجلية، والسكري.
 4. الرعاية والمعالجة الطبية، بما في ذلك تشخيص الاعتلال والمرض الحاد والمزمن، وصرف الأدوية ووصفها.
 5. خدمات الصحة العقلية، بما في ذلك التقييم والتشخيص والعلاج والإحالات.
 6. بالنسبة للطلاب المراهقين: خدمات رعاية الصحة الإنجابية، بما في ذلك استشارات الامتناع، ووسائل منع الحمل [صرف حبوب تحديد النسل، والواقي الذكري، ومستحضر "Depo" للحقن من بين طرق أخرى]، واختبارات الحمل، وفحص الأمراض المنقولة عن طريق الجنس (STD) وعلاجها، واختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، ومسحات عنق الرحم، والإحالات بالنسبة للنتائج غير الطبيعية، حسب الغرض المناسب.
 7. بالنسبة للطلاب المراهقين: التنقيف الصحي والاستشارات الخاصة بمنع السلوكيات التي تُعرض للمخاطر مثل: المخدرات، والكحول، والتدخين؛ فضلاً عن التنقيف بالامتناع عن ممارسة الجنس، ومنع الحمل، والوقاية من العدوى المنقولة عن طريق الجنس، وفيروس نقص المناعة البشرية، حسب العمر المناسب.
 8. فحوصات الأسنان، بما في ذلك: التشخيص والمعالجة، والختمات السنيّة حيثما كان ذلك متاحاً.
 9. الإحالات الخاصة بالخدمة غير المتوفرة في المركز الصحي المدرسي.
 10. الاستبيان السنوي/الدراسة الاستقصائية السنوية عن الصحة.

إدارة التعليم في مدينة نيويورك

صحيفة وقائع لموافقة الوالدين من أجل إتاحة المعلومات الصحية

موافقة الوالدين المتوافقة مع قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) من أجل إتاحة المعلومات الصحية

من شأن توقيعك على الجانب الخلفي من هذا النموذج أن يفوض بإتاحة المعلومات الصحية. قد تكون هذه المعلومات محمية من الكشف عنها بموجب قانون الخصوصية الفدرالي، وقانون الولاية. بتوقيع هذه الموافقة، أعتمد إعطاء المعلومات الطبية إلى مجلس التعليم بنيويورك (المعروف أيضاً بإدارة التعليم في مدينة نيويورك)، سواء لأنها مطلوبة بموجب القانون أو بموجب لائحة المستشار، أو لأنها ضرورية لحماية صحة الطالب وسلامته. وبناءً على طلبك، يجب على المنشأة أو الشخص الذي/التي يكشف/تكشف عن هذه المعلومات الطبية تزويدك بنسخة من هذا النموذج. يُطالب أولياء الأمور بموجب القانون بتزويد المدرسة بمعلومات محددة، مثل إثبات التطعيم. قد يتسبب التقصير في توفير هذه المعلومات في استبعاد الطالب من المدرسة.

تمت الإجابة على أسئلتك بخصوص هذا النموذج. أفهم أنه غير مسموح لي بإتاحة المعلومات الطبية الخاصة بطفلي، وأنه يمكنني تغيير رأيي في أي وقت وإلغاء التصريح الذي منحتة، بموجب خطاب خطي إلى المركز الصحي المدرسي. إلا أنه بعد الكشف عن المعلومات، يتعذر إلغاء التفويض بأثر رجعي لإخفاء المعلومات التي أتاحت قبل الإلغاء.

أفوض المركز الصحي المدرسي، التابع لمركز Montefiore الطبي، في إتاحة معلومات طبية محددة خاصة بالطالب المذكور في الصفحة الخلفية لمجلس التعليم بمدينة نيويورك (المعروف أيضاً بإدارة التعليم في مدينة نيويورك).

أوافق على إتاحة المعلومات من المركز الصحي المدرسي إلى إدارة التعليم في مدينة نيويورك، ومن إدارة التعليم في مدينة نيويورك إلى المركز الصحي المدرسي، وذلك فيما يتعلق بالمعلومات الطبية الموضحة أدناه؛ لتلبية المتطلبات التنظيمية، ولضمان حصول المدرسة على المعلومات اللازمة لحماية صحة طفلي وسلامته. أفهم أن هذه المعلومات ستظل سرية وفقاً للقانون الفدرالي، وقانون الولاية، ولوائح المستشار الخاصة بالسرية:

المعلومات المطلوبة بموجب القانون ولائحة المستشار:

- اختبار الوافد الجديد (نموذج 211S)
- التطعيمات
- نتائج فحص البصر والسمع
- نتائج اختبار التوبركولوز

- تشخيص أمراض معدية محددة (لا تتضمن عدوى فيروس نقص المناعة البشرية/العدوى المنقولة عن طريق الجنس وغيرها من الخدمات السرية المحمية بموجب القانون).

من شأن توقيعك على الصفحة 3 من هذا النموذج أن يمنح موافقتي لمركز Montefiore الطبي على الاتصال بموفري الخدمات الآخرين الذين فحصوا طفلي، والحصول على معلومات التأمين.

الفترة المصرح خلالها بإتاحة المعلومات:

من: تاريخ توقيع النموذج في الصفحة المقابلة

إلى: التاريخ الذي لم يعد فيه الطالب مسجلاً في المركز الصحي المدرسي

البرنامج الصحي المدرسي من Montefiore
نموذج التأمين

لاستخدام المكتب فقط رقم السجل الطبي.		رقم OSIS:
معلومات الطالب	معلومات الوالد/ولي الأمر	
اسم العائلة للطالب: _____ الاسم الأول للطالب: _____ الحرف الأول الأوسط للطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ يوم شهر سنة	اسم الأم _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ يوم شهر سنة	
رقم الضمان الاجتماعي للطالب: _____ (اختياري) مدرسة الطالب: _____ النوع: _____ الصف: _____ الأصل العرقي: <input type="checkbox"/> أمريكي/لاتيني <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أمريكي هندي <input type="checkbox"/> آسيوي/جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أخرى: _____	اسم الأب _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ يوم شهر سنة	
اللغة المفضلة: _____ عنوان الطالب: _____ رقم الشقة: _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____	اسم ولي الأمر القانوني، إن أمكن _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ يوم شهر سنة	
هل للطالب طبيب منتظم (طبيب الرعاية الأولية "PCP")؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الاسم: _____ العنوان: _____ الهاتف: _____	صلة ولي الأمر القانوني بالطالب <input type="checkbox"/> الجد <input type="checkbox"/> العممة أو العم <input type="checkbox"/> أخرى: _____ دليل الوصاية _____ معلومات الاتصال الخاصة بالوالد أو ولي الأمر هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ الهاتف الخليوي: _____	
هل للطالب طبيب أسنان منتظم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الاسم: _____ العنوان: _____ الهاتف: _____	جهة الاتصال الإضافية في حالات الطوارئ الاسم: _____ الصلة بالطالب: _____ هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ الهاتف الخليوي: _____	
	هل الطالب في رعاية بديلة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا اسم وكالة الرعاية البديلة: _____ عنوان الوكالة: _____ اسم المختص بالحالة: _____ رقم الهاتف: _____	
مربع 1 - موافقة الوالدين على خدمات المركز الصحي المدرسي. يُرجى توقيع المربع 1 و2 لاستكمال التسجيل		
لقد قرأت وفهمت الخدمات الواردة في الصفحة التالية (خدمات المركز الصحي المدرسي)، ويُمثل توقيعي موافقة مني على حصول طفلي على الخدمات المقدمة من المركز الصحي المدرسي، التابع لمركز Montefiore الطبي. ملاحظة: بموجب القانون، لا تُعد موافقة الوالدين ضرورية لإجراء الفحوصات المقررة، واستخدام المعالجة بالإسعافات الأولية، والرعاية الأبوية، والخدمات ذات الصلة بالسلوك الجنسي ومنع الحمل، وتوفير الخدمات عندما تبدو صحة الطالب مُعرضة للخطر. وموافقة الوالدين غير ضرورية للطلاب البالغين من العمر 18 سنةً أو أكبر، أو للطلاب الذين يُعتبر أولياء أمورهم مُتحرّرين من الناحية القانونية. يشير توقيعي إلى أنني حصلت على نسخة من إخطار ممارسات الخصوصية.		
X		
توقيع الوالد/ولي الأمر (أو الطالب إذا كان يبلغ من العمر 18 سنةً أو أكبر أو إذا كان مسموحاً له بموجب القانون) _____ تاريخ _____ الطباعة _____		
الصلة: _____		
المربع 2 - موافقة الوالدين المتوافقة مع قانون إخضاع التأمين الصحي لقبولية النقل والمساءلة (HIPAA) من أجل إتاحة المعلومات الصحية		
لقد قرأت وفهمت إتاحة المعلومات الصحية. ويشير توقيعي إلى موافقتي على إتاحة المعلومات الطبية على النحو المحدد.		
X		
توقيع الوالد/ولي الأمر (أو الطالب إذا كان يبلغ من العمر 18 سنةً أو أكبر أو إذا كان مسموحاً له بموجب القانون) _____ تاريخ _____ الطباعة _____		
الصلة: _____		

البرنامج الصحي المدرسي من Montefiore نموذج التأمين

اسم الطالب: _____	لاستخدام المكتب فقط	
تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____	رقم السجل الطبي: _____	
يوم	شهر	سنة

- يقدم المركز الصحي المدرسي المقدم من Montefiore الخدمات لجميع الطلاب المسجلين للحصول على الخدمات دون مقابل ، سواء للطلاب أو أسرته/أسرتها.
- ولتغطية تكاليف البرنامج الخاص بنا، تُرسل الفواتير إلى Medicaid وشركات تأمين أخرى للحصول على المبالغ.
 - قد تتلقى إخطارًا يُسمّى توضيح المزاي (EOB) من شركة التأمين الخاصة بك، به معلومات عن الخدمات التي تم إعداد فواتيرها، والمبالغ المثبتة.
 - ولن تتلقى فاتورة من البرنامج الصحي المدرسي المقدم من Montefiore من أجل السداد مقابل أي خدمات مُقدمة في المراكز الصحية المدرسية التابعة لـ Montefiore.

معلومات التأمين		
هل يمتلك طفلك برنامجًا تابعًا لـ Medicaid؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
اسم التأمين الصحي:	رقم التعريف في برنامج Medicaid _____	
عنوان التأمين الصحي:	هل يمتلك طفلك خطة تأمين تابعة لـ Child Health Plus؟	
المدينة: _____	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
الولاية: _____	رقم التعريف في خطة CHP _____	
الرمز البريدي: _____	ما الخطة؟	
رقم البوليصة: _____	Affinity <input type="checkbox"/>	
رقم المجموعة: _____	UHC Community Plan <input type="checkbox"/>	
اسم المؤمن عليه: _____	Fidelis <input type="checkbox"/>	
صلته بالمريض: _____	Wellcare <input type="checkbox"/>	
تاريخ ميلاد المؤمن عليه: _____ / _____ / _____	Empire BCBS Healthplus <input type="checkbox"/>	
النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	Emblem Health / GHI <input type="checkbox"/>	
هل يمتلك طفلك تأمينًا صحيًا آخر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	MetroPlus <input type="checkbox"/>	
اسم التأمين الصحي:	HealthFirst <input type="checkbox"/>	
عنوان التأمين الصحي:	أخرى: _____	
المدينة: _____	هل يمتلك طفلك تأمينًا على النظر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
الولاية: _____	اسم تأمين النظر: _____	
الرمز البريدي: _____	عنوان تأمين النظر: _____	
رقم البوليصة: _____	المدينة: _____	
رقم المجموعة: _____	رقم البوليصة: _____	
اسم المؤمن عليه: _____	رقم المجموعة: _____	
صلته بالمريض: _____	اسم المؤمن عليه: _____	
تاريخ ميلاد المؤمن عليه: _____ / _____ / _____	صلته بالمريض: _____	
النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ ميلاد المؤمن عليه: _____ / _____ / _____	
يوم	شهر	سنة
طفلك لا يمتلك تأمينًا صحيًا، فهل ترغب في أن يتصل بك ممثل منظمة مجتمعية أو خطة تأمين صحي للدخل المنخفض، مُعتمدة من ولاية نيويورك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

1. اتفاقية مالية/ضمان بالسداد
أفوض بسداد المزاي الطبية المستحقة للمريض المذكور أدناه ("طفلي") بشكل مباشر إلى المراكز الصحية المدرسية التابعة لـ Montefiore؛ لتغطية تكلفة الرعاية والمعالجة المقدمة إلى طفلي في المراكز الصحية المدرسية التابعة لـ Montefiore ("SBHC").
2. إتاحة المعلومات
في حال رفضي السداد إلى المراكز الصحية المدرسية التابعة لـ Montefiore، مقابل الخدمات المقدمة إلى طفلي، فإنني بموجب ذلك أوافق على قيام الممثل المُفوض بالمستشفى بالاتصال بشركة التأمين الخاصة بي، وتزويد شركة التأمين الخاصة بي بجميع المعلومات والمستندات ذات الصلة بالخدمات المقدمة إلى طفلي من المراكز الصحية المدرسية، التي قد تكون ضرورية لتعبد شركة التأمين الخاصة بي بتقييم قرارها رفض السداد مقابل هذه الخدمات. أفوض المراكز الصحية المدرسية التابعة لـ Montefiore، وموفر الخدمات العلاجية الخاص بي، ومن ينوب عنهم، باستخدام المعلومات الصحية الخاصة بطفلي والكشف عنها؛ من أجل جميع الأغراض الضرورية المتعلقة بعمليات العلاج والسداد والرعاية الصحية. أقر بأن معلوماتي الصحية قد تتضمن معلومات ذات صلة بالأمراض العقلية و/أو الإيدز/المتلازمة المتعلقة بالإيدز/فيروس نقص المناعة البشرية، وأنه يمكن الكشف عن أي معلومات (بما في ذلك الفحص والنسخ) لشركات التأمين والضامنين في حال الحاجة إلى سداد رسوم المركز الصحي المدرسي، والرسوم المهنية.
3. MEDICAID و/أو شركات التأمين الأخرى – إتاحة المعلومات وتخصيص المزاي
أقر بأن معلومات التأمين التي قمتها عن طفلي صحيحة. أفوض أي مالك للمعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات الخاصة بطفلي بإتاحة أي معلومات ضرورية لهذه المطالبة أو مطالبة ذات صلة إلى مراكز خدمات Medicare/Medicaid، والكلاء التابعين لها، و/أو أي شركات تأمين أخرى يوجد لطفلي تغطية بها. أطلب بسداد مبالغ المزاي المصرح بها بالنيابة عن طفلي إلى المراكز الصحية المدرسية التابعة لـ Montefiore، مقابل أي خدمة (خدمات) مقدمة إليه/إليها من موفري خدمات المركز الصحي المدرسي.
4. معلومات التأمين
أفهم أن المراكز الصحية المدرسية التابعة لـ Montefiore، ستستخدم طرقًا مختلفة لتحديد ما إذا كان طفلي يمتلك التغطية التأمينية، بما في ذلك النظام الإلكتروني للتحقق من الأهلية الخاص بـ Medicaid أو غيره من مالكي المعلومات الخاصة بطفلي. أفهم أنه سيتم استخدام مصادر المعلومات الأخرى هذه للتأكد من أي معلومات تأمين قدمت في الموافقة الطبية/نموذج التسجيل. قرأت وفهمت البنود أعلاه وأوافق عليها.

الصلة بالمريض	اسم الوالد
التاريخ	توقيع الوالد/ولي الأمر

(أو الطالب إذا كان يبلغ من العمر 18 سنة أو أكبر أو إذا كان مسموحًا له بموجب القانون)

البرنامج الصحي المدرسي من Montefiore السجل الصحي الأساسي

اسم الطفل	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الصف	المدرسة
-----------	-----------------------------	------	---------

عزيزي والدولي الأمر، صحة طفلك هامة لنا. لفهم احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بطفلك بشكل أفضل، يسعى البرنامج الصحي المدرسي المقدم من Montefiore إلى إجراء تقييم صحي مختصر لكل طفل مُسجّل في المركز الصحي المدرسي؛ للحصول على الخدمات. ويتضمن ذلك قياس الطول والوزن وضغط الدم، ومراجعة سجل تطعيم الطالب، والمستندات الخاصة بالمسكن الطبي للطفل. لا يحل هذا التقييم محل التقييم الصحي السنوي الشامل، الذي يقوم به موفر الرعاية الرئيسي الخاص بطفلك. وإذا لم يكن لطفلك موفر رعاية رئيسي و/أو تأمين صحي، يمكنك طلب التقييم الطبي الشامل (أي "الجسدي") في المركز الصحي المدرسي. يستفيد البرنامج الصحي المدرسي من Montefiore من السجل الصحي الإلكتروني المستخدم في مركز Montefiore الطبي، مما يتيح لنا التواصل مع أي موفر خدمة تابع لـ Montefiore.

سنُخطرك دائمًا إذا كان طفلك مريضًا وبحاجة إلى مغادرة المدرسة أو طلب الرعاية العاجلة للقيام بذلك، يُرجى إخطارنا في حال تغيير معلومات الاتصال الخاصة بك. للمساعدة في إطلاع فريق الصحة المدرسي على الاحتياجات الصحية الخاصة بطفلك من أجل استمرار الرعاية وفي حالة الطوارئ، يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية.

هل عانى أي من أفراد الأسرة، الأحياء أو الأموات، من أي من المشاكل التالية؟ اختر كل ما ينطبق.	الأم	الأب	الأشقاء	الجد	آخرون
الربو					
مرض السكري					
أزمة قلبية أو سكتة قبل سن الـ 45					
ارتفاع الكوليسترول					
تدخين سجاير التبغ/السيجار					
أخرى:					
أخرى:					
مُتوفى					

إذا قَدِم طفلك إلى المركز الصحي المدرسي وهو يعاني ألمًا طفيفًا أو أعراضًا طفيفةً أخرى، فسنعطيه أحد الأدوية التالية، ما لم يكن طفلك يعاني من حساسية معينة

أستيامينوفين (تيلينول) أو إيبوبروفين (مورتين) لتسكين آلام مثل: الصداع، أو تشنجات الحيض، أو الآلام ذات الصلة بالأسنان
مالوكس لألم المعدة أو الغثيان
بيبيتو ببسمول للإسهال أو اضطراب المعدة
لوراتادين (كلاريتين) للحساسية الموسمية
سودوافرين لأعراض البرد

إذا لم تكن ترغب في إعطاء طفلك أيًا من هذه الأدوية دون التحدث إلى موفر الخدمة الطبية أو موفر خدمة الأسنان أولاً، يُرجى اختيار المربع أدناه. إذا اخترت هذا المربع وتعدر علينا الوصول إليك، فلن يحصل طفلك على أي أدوية في هذه الزيارة.

سنُخطرك دائمًا إذا كان طفلك مريضًا وبحاجة إلى مغادرة المدرسة أو طلب الرعاية العاجلة. للقيام بذلك، يُرجى إخطارنا في حال تغيير معلومات الاتصال الخاصة بك.

يُرجى الإشارة إلى الصيدلية المناسبة لك؛ لنرسل أي وصفات مطلوبة إلى الصيدلية بطريقة إلكترونية. الوصفات الإلكترونية المطلوبة الآن.

اسم الصيدلية: _____

عنوان الصيدلية: _____

هل يعاني طفلك من أي مشاكل صحية خطيرة أو مزمنة؟	لا	نعم
الربو		
الاكتئاب أو التوتر (ضع دائرة حول الاختيارين، إذا كانت الإجابة نعم)		
زيادة الوزن أو السمنة		
حالات مزمنة أخرى (السكري، الخلايا المنجلية، وما إلى ذلك)		
هل تم تشخيص حالة طفلك قبل ذلك على أنها فحمة قلبية؟		
هل يتناول طفلك أي أدوية بانتظام؟		
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد الاسم (الأسماء) والحمية (الحميات)		
هل دخل طفلك المستشفى أو أجرى جراحة من قبل؟		
إذا كانت الإجابة نعم، فما السبب؟		
هل عانى طفلك من مرض الجديري من قبل؟		
إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر سنّه _____ سنة		
هل يعاني طفلك من الحساسية للأدوية والأطعمة؟	لا	نعم
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التحديد:		
هل يعاني طفلك من الحساسية تجاه أي أدوية؟		
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التحديد:		
هل يعاني طفلك من الحساسية تجاه أي أطعمة؟		
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التحديد:		
إذا كانت الإجابة نعم، فهل يوجد لدى طفلك قلم الإيبينفرين؟		

تطلبنا إدارة الصحة في ولاية نيويورك بطرح الأسئلة التالية بخصوص خطر السلّ وخطر التسمم بالرصاص.	لا	نعم
هل عانى طفلك من السلّ أو اختبر الجلد الإيجابي الخاص بالسلّ من قبل؟		
إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر سنّه _____ سنة		
هل تعرف طفلك على أي شخص يعاني من مرض السلّ (TB)؟		
إذا كانت الإجابة نعم، فمتمى _____ ومن _____		
هل كان لطفلك اتصال وثيق أو أقام مع شخص يعاني من اختبار الجلد الإيجابي الخاص بالسلّ؟ إذا كانت الإجابة نعم، فمتمى؟		
هل أقام طفلك في الولايات المتحدة لأقل من 5 سنوات؟		
إذا كانت الإجابة نعم، فأين؟		
هل سافر طفلك خارج الولايات المتحدة لأكثر من شهر؟		
إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر سنّه _____ وأين؟		
هل سافر طفلك إلى هايتي، أو المكسيك، أو جمهورية الدومينيكان، أو باكستان، أو بنجلاديش؛ أو استخدم منتجات (فخار مزجج، أو علاجات شعبية، أو مستحضرات تجميل، أو أطعمة، أو توابل) مستوردة منها؟		

الصلة بالطفل

التوقيع

الاسم

التاريخ (يوم/شهر/سنة)