

الخدمات الصحية والتسجيل ما قبل الروضة - 12

2019-2020 السنة الدراسية

المرحلة: _____ تاريخ الولادة: _____ اسم الطالب (ه): _____ الأب _____ الأول _____ العائلة _____

ضع علامة هنا إذا لم يكن لدى طفلك أي مشاكل صحية (قم بالتسجيل في الأسفل) ←هل يعاني طفلك من حالة تهدد الحياة؟ نعم لا

الرعاية الطارئة: في حالة المرض أو الإصابة الخطيرة ولا يمكن الوصول إلى أحد الوالدين / الوصي ، أو وافق على نقل طفلي إلى المستشفى بواسطة سيارة إسعاف إذا لزم الأمر ، للحصول على الرعاية الطبية لن تكون إدارة المدرسة مسؤولة عن أي تكاليف غير مضمولة بالتأمين.

سيكون الوالد / الوصي مسؤولاً عن إخطار المدرسة بالمخاوف الصحية الجديدة أو الموجودة حالياً وتزويد المدرسة بأية أدوية أو معدات يطلبها الطالب خلال اليوم الدراسي. اتصل بمكتب الصحة للحصول على النماذج الإجرائية الصحيحة. * تتطلب الحالات التي تهدد الحياة مثل التاق ، الربو ، السكري ، أو غيرها من الشروط خطط / خطط عمل الرعاية الصحية الفردية ، وتصاريح الأدوية ، وتدريب الموظفين قبل حضور طفلك

طفلي يرتدي نظارات أو عدسات لاصقه الحساسيه (يتطلب خطة طوارئ للحساسية إذا كان هناك حاجة للتدخل في المدرسة والحصول على تصريح الدواء إذا تم الاحتفاظ بالأدوية في مكتب الصحة *) الطعام: _____ الحشرات / النحل الدواء: _____ البيئة: _____ غير ذلك أوصف رد الفعل التحسسي والعلاج:Epinephrine المنصوص عليها سيحمل طفلي الحقن Epinephrine و قد تم إرشاده على استخدام الحقن Ep

سيتم الاحتفاظ بالإبينيفرين القابل للحقن في مكتب الصحة *

الربو (يتطلب خطة عمل الربو إذا كان هناك حاجة للتدخل في المدرسة وتصريح الدواء إذا تم الاحتفاظ الدواء في مكتب الصحة *) المحفزات: التمرين البيئة غير ذلك جهاز الاستنشاق الموصوف سيحمل طفلي جهاز الاستنشاق وقد تم إرشاده على استخدام الجهاز سيتم الاحتفاظ بالاستنشاق في مكتب الصحة *تم تشخيص طفلي بالربو ولم يعد يستخدم جهاز الاستنشاق - تاريخ آخر نوبة ربو السكري (* مطلوب خطة رعاية مرضى السكري لجميع الطلاب المصابين بالنوع الأول من داء السكري - يرجى الاتصال بموظفي المكتب الصحي قبل بدء المدرسة) *النوع الأول (يأخذ الأنسولين) مضخة الأنسولين القلم المحاقن النوع الثاني خطة مقدم الرعاية الصحية العاطفي / السلوكي / النفسي / التنموي ADD / ADHD القلق الاكتئاب التشخيص / التشخيصات الأخرى: _____تلقي العلاج نعم لا السمع / الرؤية (بخلاف النظارات أو العدسات اللاصقه) ضعف السمع تحديد: _____ ضعف البصر تحديد التنقل / النشاطات

سيحتاج طفلي إلى المساعدة في أنشطة الحياة اليومية و / أو إجراءات الرعاية الصحية (* اتصل بمكتب موظفي الصحة)

تقييد النشاط (حدد): _____ يستخدم طفلي جهازاً مساعداً (حدد)

النوبات (* يرجى الاتصال بموظفي المكتب الصحي فيما يتعلق بخطة عمل الاستيلاء)

نوع النوبة: _____ تاريخ النوبة الأخير الأدوية الطارئة أو غيرها * التحكم بالدواء في المنزل مشاكل طبية أخرى (إذا قمت بمراجعة أي من الشروط أدناه ، يرجى التوضيح في المساحة المتوفرة) الشلل الدماغي حالة القلب ارتجاج (التاريخ: _____) غير ذلك الدواء

الأدوية في المدرسة _____

إذا كان طفلك يحتاج إلى دواء في المدرسة ، فاتصل بموظفي مكتب الصحة المدرسية. يتطلب تصريح للدواء

الأدوية التي تؤخذ في المنزل (حدد) _____

المدرسة تقدم أكثر من نوع من الأدوية

للطلاب فقط في الصفوف من السادس إلى الثاني عشر:

بالنسبة للشكاوى البسيطة أفوض موظفي مكتب الصحة (قد يكونون أشخاصاً غير مرخصين مثل مساعدي الصحة أو موظفي المكتب) لتقديم
 نعم لا الأسيتامينوفين (TYLENOL) <100 lbs = 325MG, >100 lbs = 650MG (عام للصداع ، تشنجات الحيض ، أو غير ذلك من عدل الراحة الطفيفة)

نعم لا (عام للصداع ، وتشنجات الحيض ، أو غيرها من عدم الراحة الطفيفة) Ibuprofen <100 lbs=200mg, ≥100lbs=400mg

لتقليل التسوس لدى أسنان الأطفال يجب السماح لبرنامج شطف الفم بالفلورايد

للطلاب فقط في الصفوف من الأول إلى الخامس

الطلب من طفلي المشاركة في برنامج شطف الفم بالفلورايد في وزارة الصحة في ولاية أريزونا. أفهم أنه يمكنني سحب الإنز في أي وقت عن طريق

إخطار مكتب الصحة المدرسية خطياً

لا أريد لطفلي أن يشارك في برنامج شطف الفم بالفلورايد في وزارة الصحة في ولاية أريزونا

أود الحصول على مزيد من المعلومات حول خدمات طب الأسنان المتاحة في المدرسة. يرجى الاتصال بي

[HTTPS://WWW.GD4K.COM/](https://www.gd4k.com/) طب الأسنان العام 4 أطفال

تأمين الصحة

لا يوجد نعم (اسم التأمين: _____) AHCCCS TriCar

المعلومات الواردة في هذا النموذج ستحل محل و / أو تحديث أي معلومات صحية سابقة يتم تلقيها باستثناء الحالات الصحية التي تهدد الحياة (اتصل بالمرضة المسؤولة عن إزالة هذه المعلومات). ويقع على عاتق الوالد / الوصي مسؤولية إخطار مكتب الصحة إذا حدثت أي تغييرات في الحالة الصحية لأطفالهم.

اسم الوالد / ولي الأمر (مطبوع): _____ توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ: _____