

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

أعد النموذج المكتمل إلى:

Jefferson County Public Schools,

Health Services Department, LAM Building

4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218

Telephone # (502) 485-3387

Fax # (502) 485-3670



لا تكتب في هذه المساحة

0770620686

العام الدراسي:

خطة الصحة المدرسية

الربو

يرجى الكتابة بشكل واضح.

الوالد/الوصي: أكمل البنود من 1 إلى 11

الجزء A

(1) رقم تعريف الطالب	(2) الاسم الأخير للطالب	(3) الاسم الأول للطالب	(4) تاريخ الولادة
(5) المدرسة	(6) الصف		

اسم الوالد/الوصي ومعلومات الاتصال الخاصة به

(7) الاسم

(8) رقم الهاتف

(9) عنوان المراسلة البريدية، المدينة، الولاية، الرمز البريدي

	() -	
--	-------	--

(10) الاتصال في حالة الطوارئ

() -	
-------	--

(11) ملحوظة للوالد/الوصي: إن التوقيع على هذا النموذج يعني مجلس التعليم بمقاطعة جيفرسون وموظفيه من أي مسؤولية قد تنتج عن خطة العمل هذه. ولا يعني هذا النموذج المدرسة أو موظفيها من المسؤولية الناتجة عن إهمالهم. كما إنني أذن لمقدم الرعاية الصحية في إكمال هذا النموذج وتوقيعه للتحقق من صحة هذه المعلومات مع موظفي JCPS فيما يتعلق بهذه الحالة الصحية وعلاوة على ذلك فإنني أقر بأنه من المرجح أن يتم إعطاء الأدوية والعلاجات من قبل موظفين مدربين وغير مرخصين من JCPS. كما أقر وأوافق بأنه عندما أصرخ لطفلي بحضور رحلة ميدانية برعاية المدرسة، قد يتم أيضاً توفير هذه الأدوية و/أو الخدمات الصحية من قبل متطوع مرخص له.

يجب على الآباء ملاحظة أنه: يجب حفظ نموذج التفويض بوصفة طبية في ملف في المدرسة ليتم إعطاء الأدوية في المدرسة

توقيع الوالد/الوصي

رقم الهاتف:

التاريخ

X	() -	
---	-------	--

الجزء B يُستكمل هذا القسم بواسطة مقدم الرعاية الصحية فقط: أكمل البنود من 12 إلى 17

(12) هل هذا الطفل مصاب بالربو؟	نعم ☐ لا ☐	التشخيصات الأخرى: _____
(13) ما هي الأشياء التي قد تسبب الربو لهذا الطفل؟	☐ حبوب اللقاح ☐ الغبار ☐ الحيوانات ☐ ممارسة الرياضة ☐ الأغذية ☐ المرض ☐ غير ذلك: _____	
(14) قد تشمل أعراض الربو ما يلي:	☐ السعال ☐ الأزيز ☐ ضيق التنفس ☐ يُرجى ذكر أي أعراض أخرى خاصة بهذا الطفل: _____	
(15) استخدام أدوية ربو في المدرسة:	نعم ☐ لا ☐	
(16) هل هذا الطالب مدرب وقادر على حمل جهاز الاستنشاق الخاص به واستخدامه بمفرده؟	نعم ☐ لا ☐	

(17) معلومات مقدم الرعاية الصحية

يجب توقيع النموذج من قبل مقدم الرعاية الصحية والوالد/الوصي

توقيع مقدم الرعاية الصحية

التاريخ

ختم المكتب الطبي (مطلوب للمعالجة)

X	
اسم مقدم الرعاية الصحية مطبوعاً	