

لا تكتب في هذه المساحة

7229270953

العام الدراسي:

خطة الصحة المدرسية الحالات الصحية الأخرى

يُرجى 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 لتبادل المعلومات مع موظفي JCPS فيما يتعلق بهذه الحالة الصحية. وعلاوة على ذلك فإنني أقر وأوافق بأنه عندما أسمح 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	() -	

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

الجزء B

(12) تشخيص الطالب:
<input type="checkbox"/> قصور الانتباه وفرط الحركة رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> الصداع رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> تشوهات الجهاز البولي رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> التوحد رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> المرض القلبي رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ <input type="checkbox"/> اضطراب النزيف/التخثر رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> الحالة النفسية رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> الشلل الدماغي رمز ICD 10: _____ <input type="checkbox"/> الاضطراب العصبي رمز ICD 10: _____

(13) الاحتياجات/القيود المطبقة في المدرسة:

(14) هل الشفط مطلوب في المدرسة؟	<input type="checkbox"/> نعم، يُرجى إكمال الجزء التالي	<input type="checkbox"/> لا
النوع	التعليمات: _____	
التكرار؟	_____	

(15) هل القسرة مطلوبة في المدرسة؟

<input type="checkbox"/> نعم، يُرجى إكمال الجزء التالي	<input type="checkbox"/> لا
النوع	_____
التكرار؟	_____

(16) تعليقات مقدم خدمة الرعاية الصحية الإضافية:

(17) معلومات مقدم الرعاية الصحية	
يجب توقيع النموذج من قبل مقدم الرعاية الصحية والوالد/الوصي	توقيع مقدم الرعاية الصحية
_____	X
_____	_____
اسم مقدم الرعاية الصحية مطبوعاً	_____

ختم المكتب الطبي (مطلوب للمعالجة)