LEARNING FOR A LIFETIME
SALEM•KEIZER
PUBLIC SCHOOLS

السجل الطبي للتلميذ
معلومات سرية

رقم الطالب #	المدرسة

اسم الطالب: ________ تاريخ الميلاد: ________ الصف: ________ الجنس: ذكر أنثى

الوالد / ولي الأمر: ________ هاتف العمل: ________ هاتف المنزل: ________

البريد الإلكتروني: ________ الهاتف الخلوي: ________

اسم مقدم الرعاية الصحية / العيادة: ________ الهاتف: ________

تقييم ولي الأمر لصحة الطالب

1. **هل تم تشخيص الطالب من قبل مقدم الرعاية الصحية بأي مما يلي؟ إذا كانت الإجابة بالإيجاب، يرجى الوصف.**

☐ اضطراب نقص الانتباه ADD/اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD

☐ حساسية من: ________

هل تم وصف الإبينفرين: ☐ نعم ☐ لا

ملاحظة: يجب إكمال نموذج إضافي من قبل مقدم الرعاية الصحية عند وصف الإبينفرين Epinephrine.

☐ الربو ________

ملاحظة: يجب إكمال نموذج إضافي من قبل مقدم الرعاية الصحية عند تشخيص الطالب بالربو.

☐ اضطراب المثانة ________
☐ اضطراب الدم ________
☐ اضطراب الأمعاء ________
☐ *تاريخ السرطان:* ________
☐ تاريخ الارتجاج / إصابة الرأس: ________
☐ داء السكري ☐ النوع 1 ☐ النوع 2 *تاريخ التشخيص:* ________
☐ اضطراب الأذن ________
☐ اضطراب العين ________
☐ تحسس من طعام (المكسرات ونوع الطعام): ________
☐ أمراض القلب ________
هل تم علاج هذه الحالة؟ ☐ نعم ☐ لا *تاريخ العلاج:* ________
☐ اضطراب النوبات ________
☐ كبت جهاز المناعة ________
☐ متلازمة *تاريخ التشخيص:* ________
الوصف: ________
☐ مشكلة صحية أخرى *تاريخ التشخيص:* ________
الوصف: ________

2. هل يعاني الطالب من إعاقة جسدية؟ ☐ نعم ☐ لا *وصف الحالة:* ________
3. هل سبق لطفلك إجراء عملية؟ ☐ نعم ☐ لا *وصف الحالة:* ________
4. هل سبق لطفلك أن تعرض لإصابة خطيرة؟ ☐ نعم ☐ لا *وصف الحالة:* ________
5. هل يخضع الطالب حاليا لرعاية مقدم الرعاية الصحية لمرض أو حالة معينة؟ ☐ نعم ☐ لا

طبيعة حالة المرض أو الحالة: ________

6. هل هو/هي يأخذ دواء؟ نعم لا السبب: ________

اسم الدواء: ________

ملاحظة: يجب ملء نموذج إضافي لجميع الأدوية التي يتم تناولها في المدرسة

7. هل الطالب قادر على المشاركة في النشاط البدني في المدرسة؟ ☐ نعم ☐ لا

ملاحظة: يجب إكمال نموذج إضافي من قبل مقدم الرعاية الصحية عند التحقق من نوع قيود النشاط.

8. هل تم إدخال طفلك للمستشفى مؤخرا؟ ☐ نعم ☐ لا *التاريخ:* ________ *السبب:* ________

يرجى الاتصال بالخط مساعدة الممرضة على الرقم 3376-399(503) إذا كان لديك المزيد من الأسئلة أو المخاوف

توقيع الوالد / ولي الأمر التاريخ

التوزيع White: Oregon School Health Screening Record Yellow: Health Service