

Student's Last Name: _____ First Name: _____
 إسم العائلة للطالب الإسم الأول

 Date of Birth: _____ Grade: _____ School Year: _____
 تاريخ الميلاد الصف السنة الدراسية

STUDENT HEALTH CONDITIONS الظروف الصحية للطالب

Check all boxes that apply to the student. ضع علامة على كل ما ينطبق على الطالب.

ALLERGIES الحساسية Yes نعم No لا

 Allergy Type:
 نوع الحساسية:

يرجى الكتابة باللغة الإنجليزية فقط!
 Food: List food(s): _____
 الطعام أذكر الأطعمة

 Medication List medication(s): _____
 أدوية أذكر الأدوية

 Bee stings or insect bites
 لسعات النحل أو لدغ الحشرات الأخرى

 Other: _____
 غير ذلك

 Date of last severe reaction: _____
 تاريخ آخر ردة فعل قوية

 Date of last hospital or emergency room visit due to allergies: _____
 تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب الحساسية

Currently prescribed medications and treatments for allergies:

الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً للحساسية

 Oral antihistamine (Benadryl, etc.) Epinephrine Has Epi-Pen
 مضادات الهيستامين عن طريق الفم (بينادريل، الخ) أدرينالين وقائي الطالب لديه أدرينالين وقائي على شكل عبوة سهلة للحقن

 Other: _____
 غير ذلك

FOOD RESTRICTIONS الأظعمة الممنوعة Yes نعم No لا

 Due to Gastrointestinal (Digestive) distress List food(s): _____
 بسبب تهيج الجهاز الهضمي أذكر الأطعمة

 Due to religious or other preferences List food(s): _____
 بسبب الدين أو معتقدات أخرى أذكر الأطعمة

ASTHMA الربو Yes نعم No لا

Currently prescribed medications and treatments for asthma:

الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً ضد الربو

 Daily control (prevention) medication
 الدواء اليومي (الوقائي) للتحكم بالربو

 As needed (rescue) medication
 الدواء الذي يؤخذ حسب الحاجة (المسكن)

 Date of last hospital or emergency room visit due to asthma: _____
 تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو لغرفة الطوارئ بسبب الربو

DIABETES مرض السكري Yes نعم No لا

 Date of last hospital or emergency room visit due to diabetes: _____
 تاريخ آخر زيارة للمستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب مرض السكري

Does the student's diabetes require medication and/or blood testing IN SCHOOL?

هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء و/أو فحص دم في المدرسة؟

 No Yes List medication(s): _____
 لا نعم أذكر الأدوية

SEIZURE DISORDER الإصاية بنوبات صرع Yes نعم No لا

Does the student's seizure disorder require medication IN SCHOOL?

هل حالة الطالب تتطلب أخذ دواء داخل المدرسة؟

 No Yes List medication(s): _____
 لا نعم أذكر الأدوية

 Date of last seizure: _____
 تاريخ آخر نوبه صرع

 Date of last hospital or emergency room visit due to seizure: _____
 تاريخ آخر زيارة المستشفى أو غرفة الطوارئ بسبب نوبه صرع

OTHER HEALTH CONDITIONS ظروف صحية Yes نعم No لا

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD
إضطراب نقص الإنتباه و فرط الحركة | <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect
تشوه خلقي في القلب | <input type="checkbox"/> Obstructive Sleep Apnea
توقف التنفس أثناء النوم | <input type="checkbox"/> Cancer
السرطان |
| <input type="checkbox"/> Autism
مرض التوحد | <input type="checkbox"/> Hemophilia
نزف الدم الوراثي أو الهيموفيليا | <input type="checkbox"/> Nutritional Disorder
إضطراب التغذية | <input type="checkbox"/> Chronic Infection (Hepatitis C, HIV)
العدوى المزمنة (التهاب الكبد الوبائي (فيروس نقص المناعة) |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy
الشلل الدماغي | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease
مرض فقر الدم المنجلي | <input type="checkbox"/> Physical Disability
إعاقة جسدية | <input type="checkbox"/> Congenital/Chromosomal Disorders
أمراض الإضطرابات الخلقية أو الكروموزومات |
| <input type="checkbox"/> Developmental Delay
تأخر في النمو | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis
التليف الكيسي | <input type="checkbox"/> Eczema
الأكزيما | <input type="checkbox"/> Depression
الإكتئاب |
- Other physical or mental health conditions: _____
ظروف صحية بدنية أو عقلية أخرى

Does the student's condition require IN SCHOOL USE of the following?

هل تتطلب حالة الطالب استخدام ما يلي دخل المدرسة؟

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Medications:
أدوية | <input type="checkbox"/> No
لا | <input type="checkbox"/> Yes
نعم | List medication(s): _____
أذكر الأدوية |
| Special procedures:
إجراءات الخاصة | <input type="checkbox"/> No
لا | <input type="checkbox"/> Yes
نعم | List procedure(s): _____
أذكر الإجراءات |
| Special equipment:
معدات خاصة | <input type="checkbox"/> No
لا | <input type="checkbox"/> Yes
نعم | List equipment: _____
أذكر الإجراءات |

VISION CONDITIONS مشاكل الرؤية Yes نعم No لا

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Glasses
نظارات | <input type="checkbox"/> Contacts
عدسات لاصقة | <input type="checkbox"/> Non correctable
غير قابل للعلاج |
| <input type="checkbox"/> Other: _____
غير ذلك | | |

HEARING CONDITIONS مشاكل السمع Yes نعم No لا

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hearing aid(s)
سماعة أذن طبية | <input type="checkbox"/> Non correctable
غير قابل للعلاج |
| <input type="checkbox"/> Other: _____
غير ذلك | |

STUDENT HEALTH CARE AND HEALTH COVERAGE العناية الصحية و التغطية الصحية للطالب

- Does the student have health insurance?** No لا Yes نعم Name of health insurance company: _____
هل لدى الطالب تأمين صحي؟ اسم شركة التأمين الصحي
- Name of student's primary care doctor: _____ Phone: _____
اسم الطبيب الأساسي للطالب رقم الهاتف
- Does the student have dental insurance?** No لا Yes نعم Name of dental insurance company: _____
هل لدى الطالب تأمين على الأسنان؟ اسم شركة التأمين على الأسنان
- Name of student's dentist: _____ Phone: _____
اسم طبيب الأسنان للطالب رقم الهاتف

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION تفويض من أحد الوالدين/الوصي

في حالة الطوارئ، سيقوم موظفو المدرسة بالإتصال بخدمة الطوارئ. سنبدل كل جهد للإتصل بأحد الوالدين أو الوصي القانوني، و إذا تعذر الإتصال بهم نحاول الإتصال بالأشخاص المدرجة بياناتهم للإتصال بهم في حالات الطوارئ. سيتم نقل الطلاب إلى أقرب غرفة طوارئ ما لم يكن ولي الأمر في مقر المدرسة لتولي مسؤولية الطفل.

يكون ولي الأمر/الوصي الشرعي مسؤولاً عن تزويد المدرسة بأية أدوية، طعام خاص، لوازم، أو معدات يحتاجها الطالب خلال اليوم الدراسي. تأكد من الممرض في المدرسة أو المسجل للحصول على الدواء الصحيح و الإستمرارات الإجرائية الصحيحة. إذا كان لطفلك خطة فردية للرعاية الصحية خلال اليوم الدراسي يكون الوالدين/الوصي هو المسؤول عن توفير الممرض في المدرسة بالمعلومات الطبية اللازمة، و استمارات التصريح المناسبة و الموافقة الخطية لتبادل المعلومات مع طبيب الطفل.

do not do

أنا _____ (أفوض) (لا أفوض) لمقدم الرعاية الصحية لطفلي و مقدم الرعاية الصحية لطفلي في المدرسة بمناقشة المشاكل الصحية لطفلي و/أو تبادل المعلومات المتعلقة بهذه الإستمارة. هذا التفويض ساري المفعول حتى يتم سحبه. تستطيع سحب التفويض في أي وقت عن طريق الإتصال بمدرسة طفلك. عندما يتم الإفصاح عن معلومات من سجل طفلك، يتم توثيق المعلومات في سجل طفلك الصحي أو الدراسي.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
توقيع أحد الوالدين/الوصي التاريخ