

اسم الطالب: تاريخ الميلاد: الصف: الجنس: ذكر أنثى
الوالد / ولي الامر: هاتف العمل: هاتف المنزل:
البريد الإلكتروني: الهاتف الخليوي:
اسم مقدم الرعاية الصحية / العيادة: الهاتف:

تقييم ولي الأمر لصحة الطالب

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

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

☐ حساسية من:

هل تم وصف الادرنالين: ☐ نعم ☐ لا

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

☐ الربو

☐ اضطراب المثانة

☐ اضطراب الدم

☐ اضطراب الأمعاء

☐ تاريخ السرطان:

☐ تاريخ الارتجاج / إصابة الرأس:

☐ داء السكري

☐ اضطراب الأذن

☐ اضطراب العين

☐ تحسس من طعام (اذكر نوع الطعام):

☐ أمراض القلب

هل تم علاج هذه الحالة؟ ☐ نعم ☐ لا تاريخ العلاج:

☐ اضطراب النوبات

☐ كبت جهاز المناعة

☐ متلازمة

☐ مشكلة صحية أخرى تاريخ التشخيص:

الوصف:

2. هل يعاني الطالب من إعاقة جسدية؟

3. هل سبق لطالبك إجراء عملية؟

4. هل سبق لطالبك أن تعرض لإصابة خطيرة؟

5. هل يخضع الطالب حالياً 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 الكامل في المدرسة؟ ☐ نعم ☐ لا

ملاحظة: يجب إكمال نموذج إضافي من قبل مقدم الرعاية الصحية عند التحقق من نعم لقيود النشاط.

8. هل تم إدخال طالبك إلى المستشفى مؤخراً؟ ☐ نعم ☐ لا التاريخ: السبب:

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

التاريخ	توقيع الوالد / ولي الامر