

WESTBOROUGH PUBLIC SCHOOLS
التاريخ الصحي الخاص بالطالب (ما قبل الروضة - الصف 3)
STUDENT HEALTH HISTORY (Pre K - Grade 3)

الموافقة المسبقة على التاريخ الصحي

إن الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بالطالب مقصور على المعلومات التي تعتبر ضرورية لتقديم الخدمات لصحة الطالب أو إتماماته التعليمية. يعتبر توقيعكم بمثابة علمكم وموافقتكم على مشاركة المعلومات الخاصة بهذا التاريخ الصحي مع العاملين بالمدرسة على أساس الحاجة إلى المعرفة بالنسبة للنجاح الأكاديمي والخطط الطارئة، على النحو المحدد من قبل التمريض.

Health History Informed Consent

The disclosure of student health information within the school is limited to the information necessary to serve the student's health or educational interest. Your signature is an informed consent to share this health history information with school staff on a need-to-know basis for academic success and emergency plans, as determined by the nurse.

_____ التاريخ _____ توقيع ولي الأمر/ الوصي
Parent/Guardian signature Date

اسم الطالب _____ اللقب _____ ☐ ذكر ☐ أنثى

Student's Name _____ Nickname _____ ☐ Male ☐ Female

عنوان المنزل: _____ الشارع _____ شقة _____

Home Address: Street _____ Apt. _____

الرمز البريدي _____ المدينة _____ الولاية _____

City _____ State _____ Zip _____

هاتف _____ تاريخ الميلاد (____) _____

Phone (____) _____ Date of Birth _____

من يقوم بإكمال هذا الاستبيان؟ ☐ الوالد ☐ شخص آخر: _____

Who is completing this questionnaire? ☐ Mother ☐ Father ☐ Other: _____

الطبيب/ NP/ممرض ممارس/ PA/طبيب مساعد _____ هاتف _____

Doctor/NP/PA _____ Phone _____

طبيب الأسنان _____ هاتف _____

Dentist _____ Phone _____

التأمين الصحي _____ سند التأمين _____

Health Insurance _____ Policy# _____

FAMILY INFORMATION

اسم الوالد/ الوالدة/ الوصي _____
(يرجى وضع دائرة توضح العلاقة مع الطالب)

Father/ Mother/ Guardian Name _____
(Please circle relationship to student)

شقة _____ عنوان المنزل: الشارع _____
(في حالة اختلافه عما سبق) Apt. _____
Home address: Street _____
(If different from above)

الرمز البريدي _____ المدينة _____
City _____ State _____ Zip _____

() _____ هاتف العمل _____ المهنة _____
Occupation _____ Work # () _____

الهاتف الخليوي/ جهاز الاستدعاء _____ البريد الالكتروني: () _____
Cell/Pager # () _____ Email: _____

اسم الوالد/ الوالدة/ الوصي _____
(يرجى وضع دائرة توضح العلاقة مع الطالب)

Father/ Mother/ Guardian Name _____
(Please circle relationship to student)

شقة _____ عنوان المنزل: الشارع _____
(في حالة اختلافه عما سبق) Apt. _____
Home Address: Street _____
(If different from above)

الرمز البريدي _____ المدينة _____
City _____ State _____ Zip _____

() _____ هاتف العمل _____ المهنة _____
Occupation _____ Work # () _____

الهاتف الخليوي/ جهاز الاستدعاء _____ البريد الالكتروني: () _____
Cell/Pager # () _____ Email: _____

مع من يعيش الطالب؟ ☐ الوالدة ☐ الوالد ☐ شخص آخر: _____
With whom does the child reside? ☐ Mother ☐ Father ☐ Other: _____

هل هناك تاريخ أسري لمرض مزمن، إعاقات تعليمية، مشاكل صحية، إلى آخره؟ ☐ لا ☐ نعم
Is there a family history of chronic illness, learning disabilities, health issues, etc? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____
If yes, please explain: _____

التاريخ الصحي للطفل

CHILD HEALTH HISTORY

هل كانت هناك أي مشكلات ملحوظة أثناء الحمل؟ ☐ لا ☐ نعم
Were there any significant problems during pregnancy? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____
If yes, please explain: _____

مدة فترة الحمل: _____ أسبوع
وزن الجنين عند الولادة: _____ باوند _____ أونص
Length of pregnancy _____ weeks Birth weight: _____ lbs. _____ oz.

هل حدثت أية مضاعفات خلال أو بعد الولادة؟ ☐ لا ☐ نعم
Were there any complications that occurred during or after birth? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____
If yes, please explain: _____

هل هناك أية معلومات أخرى تود مشاركتها بخصوص التاريخ الخاص بميلاد الطفل؟ (أي تبني)

Is there any other information you'd like to share about this child's birth history? (i.e. adoption)

في أي عمر قام طفلك بفعل التالي: الجلوس _____ الحبو _____ السير _____

At what age did your child do the following: Sit _____ Crawl _____ Walk _____

أول كلمة _____ عبارة _____ التدريب على استخدام المرحاض: نهاراً _____ ليلاً _____

First word _____ Sentence _____ Toilet trained: Day _____ Night _____

هل تعرض طفلك مسبقاً لأي إصابات خطيرة، أمراض، أو حالات احتجاز بالمستشفى؟ ☐ لا ☐ نعم
Has your child ever had any significant injuries, illness, or hospitalizations? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____

If yes, please explain: _____

هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟ ☐ لا ☐ نعم

Does your child have any allergies? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____

If yes, please explain: _____

يرجى توضيح أي مشكلات صحية أخرى (أي ربو، داء السكري، مشاكل بالقلب، تشنجات، مشاكل نفسية أو سلوكية)

Please describe any other health concerns (i.e. asthma, diabetes, cardiac, seizures, psychiatric or behavioral concerns)

هل تم تقييم طفلك فيما يتعلق بمشاكل حاسة البصر؟ ☐ لا ☐ نعم

Has your child been evaluated for vision problems? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____

If yes, please explain: _____

هل يرتدي طفلك نظارات طبية؟ ☐ لا ☐ نعم

Does your child wear glasses? ☐ No ☐ Yes

هل عانى طفلك من التهابات متكررة بالأذن؟ ☐ لا ☐ نعم

Has your child had frequent ear infections? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____

If yes, please explain: _____

هل تم تقييم طفلك سابقاً فيما يتعلق بمشاكل حاسة السمع؟ ☐ لا ☐ نعم

Has your child ever been evaluated for hearing problems? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____

If yes, please explain: _____

هل يتناول طفلك حالياً أي أدوية علاجية؟ ☐ لا ☐ نعم – يرجى التوضيح:

Is your child presently taking any medications? ☐ No ☐ Yes - please indicate:

اسم الدواء _____ الجرعة _____ وقت التقديم _____
Name of Medication _____ Dose _____ Time given _____

اسم الدواء _____ الجرعة _____ وقت التقديم _____
Name of Medication _____ Dose _____ Time given _____

اسم الدواء _____ الجرعة _____ وقت التقديم _____
Name of Medication _____ Dose _____ Time given _____

هل يتلقى هذا الطفل حالياً رعاية من طبيب، بخلاف التفقدات المنتظمة؟ ☐ لا ☐ نعم
Is this child presently under care of a physician, other than for regular check-ups? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____
If yes, please explain: _____

هل هناك أي قيود على الأنشطة الخاصة بهذا الطفل؟ ☐ لا ☐ نعم
Are there any restrictions on this child's activities? ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح: _____
If yes, please explain: _____

هل هناك أمر آخر تود مشاركته بخصوص صحة هذا الطفل؟
Is there anything else about this child's health that you would like to share?

التاريخ

توقيع ولي الأمر/ الوصي

Parent/Guardian signature

Date

تمت المراجعة: سبتمبر/ 2016