

Westborough Public Schools
البيانات الصحية الخاصة بالطلاب
STUDENT HEALTH INFORMATION

الصفوف 7 - 12

Grades 7 - 12

يتم إجراء فحوصات حاسة البصر، السمع، و BMI (الطول والوزن) في الصفوف 7 و 10. يتم إجراء الفحوصات الجسدية في الصفوف 7، 8، و 9. يرجى إخطار تمريض المدرسة في غضون الأسبوعين الأولين من الدراسة إذا لم تكن ترغب مشاركة طفلك في فحص BMI. Vision, hearing, & BMI (height & weight) screenings are done in grades 7 & 10. Postural Screenings are done in grade 7, 8, & 9. Please notify the school nurse within the first 2 weeks of school if you do not want your child to participate in the BMI screening.

اسم الطالب _____ تاريخ الميلاد _____ الصف _____

Student Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

العنوان _____ هاتف المنزل _____

Address _____ Home Phone _____

ولي الأمر / الوصي _____ ولي الأمر / الوصي _____

Parent/ Guardian _____ Parent/ Guardian _____

هل يسمح للطلاب بالانصراف؟ نعم / لا؟

هل يسمح للطلاب بالانصراف؟ نعم / لا؟

Can dismiss student? Yes / No

Can dismiss student? Yes / No

رب العمل _____ رب العمل _____

Employer _____ Employer _____

هاتف العمل _____ هاتف العمل _____

Work phone _____ Work phone _____

الهاتف الخليوي _____ الهاتف الخليوي _____

Cell phone _____ Cell phone _____

يعيش الطفل مع _____ اللغة (اللغات) المتحدث بها في المنزل _____

Child lives with _____ Language(s) spoken at home _____

الأقارب / الأعمار _____

Siblings/ages _____

جهات التواصل في حالات الطوارئ (الأشخاص الكبار المحليين الذين سيقدمون الرعاية لطفلك في حالة عدم القدرة على التواصل معك)

EMERGENCY CONTACTS (Local adults who will care for your child if you cannot be reached)

الاسم _____ العلاقة _____ الهاتف _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

الاسم _____ العلاقة _____ الهاتف _____
Name _____ Relationship _____ Phone _____

مقدمى الرعاية الصحية

HEALTH CARE PROVIDERS

_____ الهاتف _____ الطبيب/ NP/مرض ممارس/ PA طبيب مساعد
Doctor/NP/PA _____ Phone _____

_____ الهاتف _____ طبيب الأسنان
Dentist _____ Phone _____

_____ سند التأمين _____ شركة التأمين الصحي
Health insurance Company _____ Policy # _____

إذا لم يكن لديك تأميناً صحياً، يرجى التواصل مع تلميذ المدرسة للمزيد من المعلومات حول برامج ولاية ماساتشوستس.
If you do not have health insurance, please contact the school nurse for information about Massachusetts programs

المشاكل الصحية (مثل الربو، أمراض القلب، التشنجات، الصداع النصفي، - يرجى إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر)

HEALTH PROBLEMS (such as asthma, heart conditions, seizures, migraines - please attach additional pages if necessary)

_____ أنواع الحساسية: ☐ الطعام ☐ الحشرات ☐ أدوية علاجية ☐ البيئة ☐ أخرى: _____

ALLERGIES: ☐ Food ☐ Insects ☐ Medication ☐ Environmental ☐ Other _____

_____ يرجى تحديد المصدر / العلاج: _____

Please specify source/treatment: _____

يرجى إكمال الصفحة الثانية

PLEASE COMPLETE THE 2ND PAGE

إذا كان طفلك في حاجة إلى دواء معالج أو أي علاج خاص أثناء تواجده في المدرسة، يرجى التواصل مع تمريض المدرسة. يتطلب الأمر أمر موقع من ممارس مرخص ومعتمد مع إذن من ولي الأمر بالنسبة لأي دواء علاجي أو علاج يتم تقديمه في المدرسة (باستثناء ما تم تدوينه على الجزء الخلفي).

If your child requires medicine or any special treatment while at school, please contact the school nurse. A signed order from a licensed prescriber and parental permission is required for treatment or medicines given at school (except as noted on reverse).

إذا لم يتمكن التمريض من التواصل معي أو مع أحد ممن ينوبون عني، فإنني أعطي الصلاحية للمدرسة بالتواصل مع مقدم الرعاية الصحية التابعين لطفلي. إذا لزم الأمر، ستقوم المدرسة بالاتصال بـ 911 وإرسال طفلي إلى المستشفى من أجل المعالجة الطارئة. لا تتحمل المدرسة أي مسئولية عن أية تكاليف طبية.

If the nurse is unable to reach me or one of my designees, I authorize the school to contact my child's healthcare providers. If indicated, the school will call 911 and send my child to the hospital for emergency treatment. The school has no liability for medical costs.

هل بمقدور تمريض المدرسة مشاركة المعلومات أعلاه مع الموظف المناسب بالمدرسة؟ ☐ نعم ☐ لا
May the school nurse share the above information with appropriate school personnel? ☐ Yes ☐ No

توقيع ولي الأمر / الوصي التاريخ

Parent/Guardian Signature Date

اسم الطالب:

Student Name:

الأدوية العلاجية التي يقوم طفلك بتناولها (تشمل تلك التي يتناولها في المنزل)

MEDICATIONS TAKEN BY YOUR CHILD (including those taken at home)

موافقة الوالدين على الأدوية العلاجية التي يتم تناولها دون وصفة طبية (خلال ساعات الدراسة)

PARENTAL CONSENT for OVER-THE-COUNTER MEDICATIONS (during school hours)

إنني أعطي الإذن لتمريض المدرسة بتقديم وإعطاء الأدوية العلاجية التالية التي يتم تناولها دون وصفة طبية لطفلي، حسب الحاجة، بناءً على تقييم التمريض:

I give permission for the school nurse to provide and administer the following over-the-counter medications to my child, as needed, based on nursing assessment:

(Tylenol) Acetaminophen: لحالات الإجهاد العضلي الطفيفة إلى المتوسطة، تقلصات الدورة الشهرية، آلام الأسنان، الصداع، ارتفاع حرارة الجسم بشكل طفيف. (ملحوظة: أي طالب يصاب بارتفاع بدرجات الحرارة أعلى من 100 درجة فهرنهايت يجب السماح له بالانصراف مع ولي أمر أو جهة من جهات التواصل في حالة الطوارئ). الجرعة القصوى: 650 مجم.

☐ نعم ☐ لا

Acetaminophen (Tylenol): For mild to moderate discomfort of muscles, menstrual cramps, toothache, headache, mild fever. (Note: Any student with a temperature greater than 100°F must be dismissed to a parent or emergency contact). Maximum dose: 650mg.

☐ Yes ☐ No

Ibuprofen (Advil, Motrin, Nuprin): لحالات الإجهاد العضلي الطفيفة إلى المتوسطة، تقلصات الدورة الشهرية، آلام الأسنان، الصداع، ارتفاع حرارة الجسم بشكل طفيف. (ملحوظة: أي طالب يصاب بارتفاع بدرجات الحرارة أعلى من 100 درجة فهرنهايت يجب السماح له بالانصراف مع ولي أمر أو جهة من جهات التواصل في حالة الطوارئ). الجرعة القصوى: 400 مجم.

☐ نعم ☐ لا

Ibuprofen (Advil, Motrin, Nuprin): For mild to moderate discomfort of muscles, menstrual cramps, toothache, headache, mild fever. (Note: Any student with a temperature greater than 100°F must be dismissed to a parent or emergency contact). Maximum dose: 400mg.

☐ Yes ☐ No

(Calcium carbonate) Tums: لحالات عسر الهضم، اضطراب المعدة. الجرعة القصوى: 1-2 قرص ذات القوة العادية.

☐ نعم ☐ لا

Tums (Calcium carbonate): For indigestion, stomach upset. Maximum dose: 1-2 pills regular strength.

☐ Yes ☐ No

استخدام موضعي لصابون أو منظف لطيف، مرهم مضاد حيوي، أو منتجات العناية بالبشرة التي تشمل مستحضر كريمي لليدين، cardryl، أو مستحضر كريمي بالصبار أو lidocaine الليدوكاين: لحالات المعالجة البسيطة بالإسعافات الأولية.

☐ نعم ☐ لا

Topical application of soap or a mild cleanser, antibiotic ointment, or skin care products including hand lotion, caladryl, or lotion with aloe or lidocaine: For minor first aid treatment.

☐ Yes ☐ No

استحلاب الحلق: لحالات احتقان الحلق، الكحة. الجرعة القصوى: 1-2 كل يوم.

☐ نعم ☐ لا

Throat lozenges: For sore throat, cough. Maximum dose: 1-2 per day.

☐ Yes ☐ No

توقيع ولي الأمر / الوصي _____ التاريخ _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

، للمزيد من المعلومات حول الخدمات الصحية المقدمة في مدرسة طفلك. westboroughk12.org Westborough Schools يرجى الرجوع إلى الموقع الإلكتروني لـ. سوف تقرأ أيضاً على معلومات مرتبطة بالأمور الصحية الخاصة بالشباب.

Please refer to the Westborough Schools web site, westboroughk12.org, for information about health services provided at your child's school. You will also find information related to adolescent health issues.