



STUDENT SUPPORT UNIT  
JEFFERSON PARISH SCHOOLS

وحدة دعم الطلاب  
مدارس جيفرسون باريش  
822 S. Clearview Parkway  
Harahan, La 70123

Dr. James Gray  
Superintendent

Ajit "AJ" Pethe  
Chief of Schools

مراكز الصحة المدرسية في  
جيفرسون باريش

الرعاية الصحية و السلوكية

الوالدين / الاوصياء الاعزاء :

**Bonnabel High**  
2801 Bruin Drive  
Kenner, La. 70065  
Phone: 504-303-6676  
Fax: 504-303-6680

سيتم فتح المركز الصحي المدرسي مرة أخرى هذا العام للطلاب . سيكون موظفونا المرخصون هنا لعلاج طفلك لأي مشكلة تتعلق بالصحة البدنية أو العقلية التي قد تنشأ في المدرسة .

هذه الخدمات مجانية للطلاب بغض النظر عن حالة التأمين الصحي و لا يُقصد بها أن تحل محل مقدمي الخدمات الطبية الأساسيين .

**John Ehret High**  
4300 Patriot Street  
Marrero, La. 70072  
Phone: 504-371-1318  
Fax: 504-371-1328

يتكون طاقم المركز الصحي من ممرضة مسجلة و طبيب و ممرض ممارس و طبيب نفسي للأطفال و المراهقين و أخصائي اجتماعي . الممرضة المسجلة و الممرضة الممارس و الأخصائي الاجتماعي موجودون في المركز الصحي في أيام الأسبوع عندما تكون المدرسة منعقدة . الساعات في المدرسة الابتدائية هي 8:00 صباحًا حتى 3:00 مساءً . الساعات في المدرسة الثانوية هي 8:00 صباحًا حتى 3:35 مساءً .

**Riverdale High**  
**Jefferson Elementary**  
240 Riverdale Drive  
Jefferson, La. 70123  
Phone: 504-834-5026  
Fax: 504-834-3854

سيكون المركز الصحي القائم في المدرسة قادرًا على تقديم الخدمات الطبية مثل الرياضية أو الجسدية الشاملة و التطعيمات و العمل المخبري . سيكون الطاقم الطبي قادرًا على تقييم الطلاب المرضى و إعطاء الأدوية بدون وصفة طبية إذا لزم الأمر . الأخصائي الاجتماعي متاح لتقديم التقييمات و التوجيه و الاستشارة حسب الحاجة . الغرض من المركز الصحي المدرسي هو إبقاء الطلاب في المدرسة و السماح لأولياء الأمور بالبقاء في العمل . توجد المراكز الصحية في العديد من المدارس في جميع أنحاء الولاية و تقدم خدماتها بنجاح للطلاب لأكثر من 20 عامًا .

**Truman School**  
**Fisher Middle/High**  
5417 Ehret Road  
Marrero, La. 70072  
Phone: 504-383-1027

**West Jefferson High**  
2200 8th Street  
Harvey, La. 70058  
Phone: 504-367-4407  
Fax: 504-367-4327

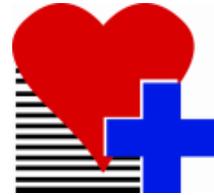
يجب على الوالدين أو الواصي طباعة و استكمال نموذج الموافقة المرفق بعناية إذا كنت ترغب في الاستفادة من العيادة . لا يمكن رؤية طفلك في المركز الصحي دون استمارة موافقة كاملة . إذا كان نموذج الموافقة غير مكتمل ، فسيتم إعادته لك لاستكمال . سيكون نموذج الموافقة ساريًا طوال فترة تسجيل طفلك في مدارس جيفرسون باريش التي تخدمها المراكز الصحية التابعة لمدارس جيفرسون باريش . سنرسل لك نموذجًا من صفحة واحدة كل عام لتحديث المعلومات المهمة .

**Behavioral Health Care Only**

**Chateau Estates School**  
Phone: 504-303-7018  
**Douglass Community School**

Phone: 504-371-4651  
**East Jefferson High**  
Phone: 504-457-5238  
**Haynes Academy**  
Phone: 504-561-3571  
**Strehle Community School**  
Phone: 504-437-7920

Miriam Paiz-Wahl  
Miriam Paiz-Wahl, LCSW-BACS  
Coordinator of School Based Health Centers  
Email: [Miriam.Paiz-Wahl@jpschools.org](mailto:Miriam.Paiz-Wahl@jpschools.org)  
(504) 736-7356 (office)



Jefferson Parish School Based Health Center  
CONSENT & ENROLLMENT FORM

مراكز الصحة في مدارس جيفرسون باريش  
نموذج التسجيل و الموافقة

المدرسة : \_\_\_\_\_ الصف الدراسي : \_\_\_\_\_

اسم الطالب : \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي : \_\_\_\_\_

الاسم الاخير الاسم الاول اول حرف من اسم الأب

تاريخ ميلاد الطالب : \_\_\_\_\_ السن : \_\_\_\_\_ النوع : \_\_\_\_\_

العنوان : \_\_\_\_\_ المدينة : \_\_\_\_\_ الرقم البريدي : \_\_\_\_\_

اللغة المفضلة : الانجليزية \_\_\_\_\_ الاسبانية \_\_\_\_\_ الفرنسية \_\_\_\_\_ أخرى \_\_\_\_\_

العرق : أبيض \_\_\_\_\_ أسود / أمريكي من أصل أفريقي \_\_\_\_\_ آسيوي \_\_\_\_\_ الهنود الحمر / سكان ألaska \_\_\_\_\_ من سكان هاواي / جزر المحيط الهادئ \_\_\_\_\_  
أكثر من أصل او عرق \_\_\_\_\_ الاصل : اسباني أو لاتيني \_\_\_\_\_ من غير أصل إسباني أو لاتيني \_\_\_\_\_

جهات الاتصال في حالات الطوارئ :

ولي الأمر / الوصي 1 : \_\_\_\_\_ القرابة : \_\_\_\_\_ رقم الهاتف : \_\_\_\_\_ (تليفون البيت / الجوال) \_\_\_\_\_ (العمل) \_\_\_\_\_

ولي الأمر / الوصي 2 : \_\_\_\_\_ القرابة : \_\_\_\_\_ رقم الهاتف : \_\_\_\_\_ (تليفون البيت / الجوال) \_\_\_\_\_ (العمل) \_\_\_\_\_

إتصال في حالة الطوارئ : \_\_\_\_\_ القرابة : \_\_\_\_\_ رقم الهاتف : \_\_\_\_\_ (تليفون البيت / الجوال) \_\_\_\_\_ (العمل) \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني للتسجيل للوصول إلى الصفحة الرئيسية : \_\_\_\_\_

التأمين :  ميديك إبيد  تأمين تجاري (خاص)  لا تأمين

اسم شركة التأمين : \_\_\_\_\_

رقم هوية بوليصة التأمين : \_\_\_\_\_

ضع دائرة على واحد : Aetna \* Healthy Blue LA \* LA Healthcare Connections \* United Healthcare \* Humana \* AmeriHealth Caritas

رقم مجموعة التأمين : \_\_\_\_\_ رقم التليفون : \_\_\_\_\_

اسم صاحب البوليصة : \_\_\_\_\_ القرابة بالطالب : \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد حامل الوثيقة : \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي لحامل الوثيقة : \_\_\_\_\_

هل يدفع تأمينك ثمن الوصفات الطبية ؟  نعم  لا

يرجى إرفاق نسخة من بطاقة التأمين الخاصة بك من الجهة الأمامية و الخلفية بهذا الطلب الخاص بخدمات الصحة المدرسية . يتم تقديم الخدمات للطلاب دون دفع تكاليف من الجيب على أولياء الأمور . سيتم إرسال فواتير الدفع إلى التأمين / ميديكيد .

الصيدلية المفضلة (الاسم و الموقع) \_\_\_\_\_ رقم التليفون : \_\_\_\_\_

مقدم الرعاية الأولية للطالب : \_\_\_\_\_ رقم التليفون : \_\_\_\_\_

يرجى وضع علامة إذا كان الطالب ليس لديه مقدم رعاية أولية

معالج الطالب أو الطبيب النفسي : \_\_\_\_\_ رقم التليفون : \_\_\_\_\_

مقدم خدمات طب الأسنان للطالب : \_\_\_\_\_ رقم التليفون : \_\_\_\_\_

هل يمكنك الوصول إلى هاتف ذكي أو جهاز لوحي أو جهاز كمبيوتر ؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ هل لديك وصول WIFI لانترنت ؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

يرجى الملاحظة : جميع إشعارات خصوصية المريض و الموافقة المستنيرة لخدمات التطبيب عن بعد متاحة عند الطلب و يتم نشرها على صفحة المركز الصحي المدرسي عبر

الإنترنت على [ipschools.org/SBHC](https://ipschools.org/SBHC)

## MEDICAL HISTORY التاريخ الطبي

( يرجى وضع علامة على أي عنصر ينطبق على التاريخ الطبي لطفلك ) تاريخ المريض

ضع علامة لو لديه ✓		ضع علامة لو لديه ✓		ضع علامة لو لديه ✓	
	ADHD		Heart Issues (e.g. Heart Murmur)		Speech Problems
	Allergies		Hearing Problem		Substance Use
	Anemia		High Blood Pressure		Stomach Problems
	Asthma		Headaches/Migraines		Smoker
	Birth Defect: _____		Kidney Problems		Seizures/Epilepsy
	Bleeding Disorders		Learning Disabilities		Thyroid Problems
	Bone or Joint Problems		Major Injuries		Tonsillitis/Strep
	Chicken Pox (if no, vaccine date) _____		Mental Health Diagnosis (e.g. depression, anxiety): _____		UTI/Urinary tract infections
	Diabetes or Pre-Diabetes		Palpitations		Vision Problem
	Dizziness/Fainting		Premature Birth		Other: _____
	Ear Infection		Shortness of breath		Other: _____

( يرجى وضع علامة على أي عنصر ينطبق على التاريخ الطبي للعائلة ) تاريخ العائلة

ضع علامة لو لديه ✓		ما صلة القرابه ؟	ضع علامة لو لديه ✓		ما صلة القرابه ؟
	Alcoholism/Drug Use			Genetic Disorder: _____	
	Allergies (insects, food, drug, etc)			Heart Attack Before Age 55	
	Anemia			Heart Disease	
	Asthma			High Blood Pressure	
	Bleeding Disorders			Mental Health Problem List: _____	
	Cancer			Seizures	
	Depression-Suicide			Tuberculosis	
	Diabetes or Pre-Diabetes			Other: _____	

### الحساسية + الأدوية

#### حساسية الطلاب

<u>الحساسية ( قائمة الأدوية و الأغذية و الحشرات و غيرها من أنواع الحساسية )</u>	<u>رد الفعل</u>

#### أدوية الطلاب

<u>اسم الدواء</u>	<u>قوة الجرعة</u>	<u>التردد ( كم مرة )</u>

المستشفيات و الجراحات	لو نعم ✓	السنة أو العمر	المستشفى	سبب الإقامة في المستشفى أو الجراحة
هل سبق لطفلك دخول المستشفى بسبب حالة طبية؟				
هل خضع طفلك لعملية جراحية من قبل؟				استئصال الزائدة الدودية استئصال اللوزتين و / أو استئصال اللحمية إصلاح الفتق (العظام) النوع: (جراحة أخرى) النوع:

الصحة السلوكية	لو نعم ✓	إذا كانت الإجابة بنعم ، رجاء التوضيح
هل يأخذ طفلك دواءً لعلاج اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه أو الاكتئاب أو مشاكل الصحة العقلية الأخرى؟		
هل هناك أي مشاكل تتعلق بالصحة السلوكية أو مخاوف في هذا الوقت؟		
أي احتياجات خاصة يجب أن تكون على علم بها؟		
هل سبق لطفلك دخول المستشفى بسبب حالة صحية عقلية؟		

### مراكز الصحة المدرسية في جيفرسون باريش الأدوية المتاحة و غير الموصوفة من دكتور

تمت الموافقة على الأدوية التالية التي لا تستلزم وصفة طبية \* من قبل طبيب المركز الصحي ليتم إعطاؤها لطفلك من قبل الممرضة المسجلة إذا لزم الأمر :

Acetaminophen (Tylenol)	Glucose Gel or Tablets	Neosporin
Ammonia Inhalants	Guaifenesin or Guaifenesin DM	Oral Pain Relief Gel (Orajel or Anbesol)
Anti-nausea Liquid (Emetrol)	Hydrocortisone 1% Cream or Ointment	Pepto Bismol
Acid reliever for stomach (Pepcid or Zantac)	Hydrogen Peroxide	Sore Throat Lozenges
Bacitracin	Ibuprofen (Advil)	Sterile Water
Benadryl (Diphenhydramine)	Isopropyl Alcohol	Stik It Skin Adherent
Benzoin Topical	Imodium	Sudafed PE (Phenylephrine HCl 10 mg Tabs)
Betadine Solution	Loratadine (Claritin)	Tums
Caladryl Clear	Lotrimin AF	Vaseline
Calamine Lotion	Maalox	Vitamin A&D Ointment
Chloraseptic Spray	Medicaid	Visine eye drops
Cough Drops	Mylanta	Zyrtec
Debrox (Ear Wax Removal Drops)	Nasal Relief Spray	
Eye Wash Solution	Natural Tears	

\* يمكن الاستبدال بالأدوية المطابقة .

أنا أوافق على أن هذا الطالب قد يتلقى جميع الأدوية المعروضة في المركز الصحي المدرسي باستثناء تلك التي كتبها هنا :

## بيان السياسة و الإجراءات :

سيطلب المركز الصحي القائم على مدارس جيفرسون باريش ( SBHC ) نموذج موافقة / تسجيل مكتمل لتسجيل طالب للحصول على الخدمات في SBHC . سيكون نموذج الموافقة و التسجيل الكامل هذا مفيداً للطالب طالما أنه يحضر إلى المدرسة داخل نفس المنطقة التعليمية . قد يطلب SBHC من الوالدين / الواسي القانوني إكمال نموذج تحديث سنوي . يجب أن يكون لدى جميع الأطفال القاصرين ، قبل تلقي الخدمات ، نموذج موافقة الوالدين الحالي في الملف ، مع الاستثناءات التالية : المرضى الذين تم تحديدهم قانونياً أو أي شخص يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكبر . تظل جميع نماذج موافقة الوالدين جزءاً من السجل الطبي الدائم . قد يتم رفض نماذج الموافقة ذات التوقعات المشكوك فيها وفقاً لتقدير الموظفين في SBHC . يُعرّف الوالدين أو الواسي على أنه إما الوالد الطبيعي أو الوالد بالتبني ، في حالة الطلاق ، أو الوالد صاحب الحضانة القانونية ، أو الوالد غير الحاضن إذا كان الآخر غير متاح . إذا لم يكن هناك أمر محكمة ، يمكن لأي من الوالدين الموافقة . يجوز للوالدين بالتبني إعطاء الموافقة لمن يعولهم و لكن يجب عليهم إبراز وثيقة موقعة من الوالدين الطبيعيين أو المحكمة . لا يجوز للأزواج و الأجداد و الأقارب الآخرين إعطاء الموافقة ما لم يتمكنوا من تقديم وثيقة تثبت أن لديهم حضانة قانونية .

يلتزم SBHC بقانون لوزيانا 37:1262 R.S . لاستخدام الخدمات الصحية عن بعد في ممارسة تقديم الرعاية الصحية و التشخيص و الاستشارة و العلاج و نقل البيانات الطبية باستخدام التكنولوجيا التفاعلية .

أنا أفهم أن مكتب الصحة العامة ( " OPH " ) ، برنامج الصحة المدرسية للمراقبين يوفر الإشراف إلى SBHC ، وكجزء من مثل هذا البرنامج ؛ مطلوب من SBHC تقديم معلومات إلى OPH . لذلك ، فإننا نوافق إلى SBHC على الكشف عن المعلومات إلى OPH أو وكيلها فيما يتعلق بالتشغيل و التمويل و المراقبة المستمرة للمراكز الصحية المدرسية . أوافق إلى SBHC على الكشف عن المعلومات إلى مكتب الصحة العامة ، أو وكيلها ، فيما يتعلق بالتشغيل و التمويل و المراقبة المستمرة إلى SBHC s

السرية : يلتزم SBHC بجميع القوانين الحالية المتعلقة بسرية الخدمات الصحية بشكل عام و خاصة فيما يتعلق بخدمات القصر . جميع السجلات الطبية و الصحية العقلية تكون سرية و سيتم الاحتفاظ بها وفقاً لتوجيهات قانون التأمين الصحي لقابلية النقل و المساواة ( HIPAA ) . أنا أوافق على تبادل المعلومات الصحية ذات الصلة بين جيفرسون باريش SBHC و المزود الطبي الشخصي للطالب عند الإحالة للحصول على رعاية طبية . قد أطلب نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية للمؤسسة الذي يصف كيفية استخدام المعلومات الصحية و مشاركتها . أنا أفهم أن جيفرسون باريش لها الحق في تغيير هذا الإشعار في أي وقت . يمكنني الحصول

على نسخة حديثة عن طريق الاتصال مباشرة أو الاتصال بالرقم 8996-349-504

قانون لوزيانا 40:31.3 R.S ينص على ما يلي: يُحظر على المراكز الصحية في المدارس : (1) تقديم المشورة أو الدعوة إلى الإجهاض بأي شكل من الأشكال أو إحالة أي طالب إلى أي منظمة لتقديم المشورة أو الدعوة إلى الإجهاض . (2) توزيع في أي مدرسة عامة أي موانع حمل أو عقار أو جهاز أو أي منتج مشابه آخر مسبب للإجهاض . من أجل الإبلاغ عن انتهاكات الحظر المفروض على الاستشارة أو الدعوة أو الإحالة بشأن الإجهاض ؛ أو توزيع موانع الحمل أو أجهزة العقاقير المجهضة أو غيرها من المنتجات المماثلة ، اتصل ببرنامج المراقبين للصحة المدرسية في مكتب الصحة العامة على الرقم 504.568.3504 بتوقيعك على هذه الموافقة ، فإنك توافق إلى SBHC على تقديم الرعاية الصحية الأولية و الشاملة و الوقائية و الفحوصات البدنية و التطعيمات و الفحوصات الصحية و الفحوصات المخبرية / التشخيصية و اختبار STI الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي و المتابعة و الرعاية الحادة للأمراض البسيطة و الإصابات بما في ذلك الأدوية ، إذا تم تحديد ذلك ، رعاية الأسنان ( إن وجدت ) ، إدارة الأمراض المزمنة ، خدمات الصحة السلوكية ، التثقيف الصحي و الوقاية ، إدارة الحالات ، الإحالة و المتابعة لحالات الطوارئ ، الإحالة إلى الرعاية المتخصصة ، تقييمات المخاطر ، و خدمات الرعاية الصحية عن بعد .

أنا ، بصفتي ولي أمر / واسي قانوني ، أفهم أنني لن أتحمّل أي رسوم مقابل أي من الخدمات المقدمة في SBHC . أفهم أيضاً أن جيفرسون باريش SBHC ، خدمات لوزيانا الصحية ، أو مقدم الخدمات الطبية يجوز لهم إرسال فاتورة إلى مبيدكيد أو مزودي التأمين الآخرين مقابل هذه الخدمات . أنا أفوض / أحيل مدفوعات الفوائد المصرح بها مباشرة إلى جيفرسون باريش SBHC و / أو خدمات لوزيانا الصحية . أنا أفهم أن SBHC يتم إدارتها بواسطة نظام المدارس العامة في جيفرسون باريش و موظفيها و المتعاقدين معها ، خدمات لوزيانا الصحية .

يقر توقيعني أنا أنه أعطي الإذن لهذا الطالب لتلقي الخدمات التي يقدمها SBHC . هذه الموافقة سارية المفعول أثناء تسجيل الطالب في مدرسة عامة في المنطقة المدرسية هذه ما لم يتم إخطار SBHC كتابياً بأنني لم أعد أرغب في تلقي الطالب للخدمات .

صلة القرابة للطالب

الاسم المطبوع لولي الأمر / الواسي القانوني ( أو الطالب فوق سن 18 )

التاريخ

توقيع ولي الأمر / الواسي القانوني ( أو الطالب فوق سن 18 )

يمكن إعطاء نسخة مكررة من هذا المستند إلى الوالدين أو الأوصياء عند الطلب ، على موقعنا على الويب : [ipschools.org/sbhc](https://ipschools.org/sbhc)

أو عن طريق المسح الكوود .

