

البطاقة الصحية لغرفة الطوارئ بمنطقة هاريس برج التعليمية

السنة الدراسية _____ الصف الدراسي _____ عدد الساعات _____ المدرس _____
عنوان المنزل _____ رقم هاتف المنزل _____

اسم الأم _____ هاتف العمل _____ الهاتف المحمول _____
اسم الأب _____ هاتف العمل _____ الهاتف المحمول _____
أو اسم ولي الأمر _____ هاتف العمل _____ الهاتف المحمول _____

جهات الاتصال في حالة الطوارئ (غير الوالدين أو ولي الأمر)

الاسم ودرجة القرابة (إلى الطالب) _____ هاتف المنزل _____ هواتف أخرى _____

1. _____
2. _____

*يرجى ملاحظة أنه: قد يتم الاتصال بأي شخص مُدرج كجهة اتصال مالم نتلق تعليمات بخلاف ذلك.

الطبيب المتابع للطالب ورقم هاتفه: _____ (717) - _____	طبيب الأسنان المتابع للطالب ورقم هاتفه: _____ (717) - _____
د. _____	د. _____
شركة التأمين: ☐ المعاون الطبي ☐ برنامج التأمين الصحي للأطفال ☐ لا يوجد ☐ أخرى _____	متى كانت المرة الأخيرة التي تم عرض طفلك فيها على الطبيب وطبيب الأسنان؟ تاريخ (تواريخ) الفحص: الطبيب _____ طبيب الأسنان _____

ملاحظة هامة: يعد توقيعك على هذه البطاقة بمثابة إذن منك لإجراء ما يلي:

1. يحق لمنطقة هاريس برج التعليمية تبادل المعلومات الطبية ومعلومات صحة الأسنان مع الطبيب وطبيب الأسنان المتابعين لطفلك وكما يحق لها تبادل المعلومات الصحية مع المتخصصين الآخرين في المنطقة لدعم مصلحة العملية التعليمية لطفلك.
3. في حالات الطوارئ الحرجة عندما يحتاج طفلك لتقييم حالته في المستشفى، يمكن الاتصال بالرقم 911 وقد يتم نقل طفلك إلى المستشفى بالإسعاف. لا تدفع المنطقة التعليمية مقابل هذه الخدمة.

تحديث السجل الطبي

- اذكر أي مرض خطير، عملية جراحية، إصابة، كسر في العظام، أو حالة مرضية تم تشخيصها مؤخراً كالربو، فقر الدم المنجلي، داء السكري وما إلى ذلك.
- اذكر أي مشكلات صحية خاصة أو إعاقات بدنية تحتاج المدرسة إلى معرفتها:
- اذكر أي حساسية شديدة (لسعة النحل، أدوية، طعام، أخرى):
- اذكر جميع الأدوية والجرعات التي يتناولها طفلك:
- اذكر أية مخاوف أو مواقف أخرى قد تؤثر على نجاح طفلك في المدرسة:

يُرجى قراءة ما يلي والتوقيع بالأسفل: (1). يمكن أن يتناول طفلي الجرعة المناسبة من البوتاسيوم واليوديد بناءً على أمر الطبيب في حالة الطوارئ النووية. ضع دائرة حول إجابة واحدة: نعم ☐ أو لا ☐ (2). يُرجى وضع دائرة حول الأدوية المذكورة أدناه التي يمكن أن يتم إعطاؤها لطفلك بالمدرسة وفقاً لتعليمات المدرسة: التاليينول مرهم هايدروكورتيزون الإيبوبروفين تامز X _____ التاريخ _____
--

معلومات عن الأقارب (الأخوة / الأخوات)		
الاسم (الأخير، الأول)	العمر/الصف الدراسي	المدرسة

التوثيق

يُرجى ملاحظة ما يلي: لن تتجاوز الأدوية التي تصرف بدون وصفة للطالب ثلاثة (3) أيام متتالية أو ثلاث (3) جرعات لنفس الحالة كل ربع عام دراسي.

توثيق إدارة الأدوية التي تصرف بدون وصفة

[illegible]

الأحرف الأولى	التوقيع
الأحرف الأولى	التوقيع
الأحرف الأولى	التوقيع

الأحرف الأولى

التوقيع