



نارتھ کیولینا جائزہ صحت منتقلی فارم

یہ فارم اور اس فارم پر درج معلومات اس اسکول کی فائل میں محفوظ کیے جائیں گے جس میں یہاں درج شدہ طالب علم نے تعلیم حاصل کی ہے اور یہ رازدارانہ نہ کہ عوامی ریکارڈ ہے۔

(نارتھ کیولینا محکمہ تعلیم عامہ اور محکمہ صحت و انسانی خدمات سے منظور شدہ)

یہ حصہ والدین کو مکمل کرنا ہے

طالب علم کا نام:

(درمیانی)

(پہلا)

(آخری)

اسکول کا نام:

تاریخ پیدائش (مہینہ / دن / سال):

ملک:

ریاست:

شہر:

کھرکا پتہ:

معلومات والدین: والدین، سرپرست یا والدین کے قائم مقام شخص کا نام:

ٹیلیفون:

گھر:

دفتر (ورک):

سیل فون:

صحت کے سروکار جن میں مجاز شدہ افراد (اسکول کے منتظمین، اساتذہ اور اسکول کے دیگر کارکنان جنہیں اپنے فرائض کی ادائیگی اس طرح کی معلومات درکارہوں کو شریک کیا جاتا ہو):

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





Hearing screening information:

Passed hearing screening: Yes No
Concerns related to student's hearing:

Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:

School follow-up needed: Yes No

Medical Provider Comments:

Please attach other applicable school health forms:

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

Health Care Professional's Certification

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: _____

Date (m/d/yyyy):
Date of Exam (if Different):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:

