



STUDENT SUPPORT UNIT
JEFFERSON PARISH SCHOOLS

وحدة دعم الطلاب
مدارس جيفرسون باريش

S. Clearview Parkway 822
Harahan, La 70123

Dr. James Gray
Superintendent

Dr. Ajit "AJ" Pethe
Chief of Schools

مراكز الصحة المدرسية في
جيفرسون باريش
الرعاية الصحية والسلوكية

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 .

لا تتضمن هذه الخدمات أي تكاليف إضافية للعائلات أو الطلاب بغض النظر عن حالة التأمين ، و لا تهدف إلى استبدال مقدمى الخدمات الطبية الأساسيين لديك .

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 أخصائي الصحة النفسية للبالغين . الممرضة المسجلة و الممرضة الممارس ، و أخصائيين الصحة النفسية موجودون في المركز الصحي في أيام الأسبوع عندما تكون المدرسة منعقدة . الساعات في المدرسة الابتدائية هي 7:30 صباحًا حتى 2:30 مساءً . الساعات في المدرسة الثانوية هي 8:15 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 (ستكون هناك حاجة إلى موافقة منفصلة وهذا لا يشمل لقاحات كوفيد) ، و العمل المعلمي . سيكون الطاقم الطبي قادرًا على تقييم الطلاب المرضى و إعطاء الأدوية بدون وصفة طبية إذا لزم الأمر . يتوفر أخصائي الصحة النفسية 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 .

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 فحص أو الكشف على 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 .

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

رعاية الصحة السلوكية فقط
Chateau Estates School
Phone: 504-667-4007
Douglass Community School
Phone: 504-301-9023
East Jefferson High
Phone: 504-667-4010
Haynes Academy
Phone: 504-496-0541
Strehle Community School
Phone: 504-436-1920

إذا كانت لديك أي أسئلة ، فلا تتردد في الاتصال بالمركز الصحي أو الاتصال بي مباشرة .

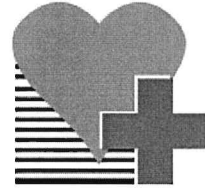
Miriam Paiz-Wahl

Miriam Paiz-Wahl, LCSW-BACS Coordinator
of School Based Health Centers

Email: Miriam.Paiz-Wahl@jpschools.org

Website: jpschools.org/SBHC

(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 : _____
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 اصل افريقي _____ آسيوي _____ الهنود الحمر / سكان ألاسكا _____ 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 / الواصي 1 : _____ القرابة : _____ رقم الهاتف : _____ : _____
(العمل) (تليفون البيت / الجوال)

ولي الأمر / الواصي 2 : _____ القرابة : _____ رقم الهاتف : _____ : _____
(العمل) (تليفون البيت / الجوال)

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

البريد الإلكتروني للتسجيل للوصول إلى الصفحة الرئيسية : _____

التأمين : ميديك ابيد 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 : _____

هل يدفع تأمينك ثمن الوصفات الطبية ؟ نعم لا

يرجى إرفاق نسخة من بطاقة التأمين الخاصة بك من الجهة الامامية 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 jpschools.org/SBHCH

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

رد الفعل	الحساسية (قائمة الأدوية و الأغذية و الحشرات و غيرها من أنواع الحساسية)

أدوية الطلاب

اسم الدواء	قوة الجرعة	التردد (كم مرة)

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 (المظلم) (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 نكون 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	Medicine	Visine eye drops
Cough Drops	Mylanta	Zyrtec
Debrox (Ear Wax Removal Drops)	Nasal Relief Spray	
Eye Wash Solution	Natural Tears	

* يمكن الإستبدال 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 التوقيعات 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 لويزيانا R.S. 37:1262 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 للمراهقين 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 التامين 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 لويزيانا R.S 40:31.3 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 المراهقين للصحة المدرسية في مكتب الصحة العامة على الرقم 504.568.3504

من خلال التوقيع على هذه الموافقة، فإنك توافق على أن تقدم SBHC الرعاية الصحية الأولية والشاملة والوقائية، و الفحوصات البدنية، و التلطيعات ، (ستكون هناك حاجة إلى موافقة منفصلة وهذا لا يشمل لقاحات DIVOC) و الفحوصات الصحية، و الاختبارات المعملية/التشخيصية، و الرعاية الحادة للأمراض البسيطة والإصابات بما في ذلك الأدوية، إذا لزم الأمر، و رعاية الأسنان (حيثما تتوفر) . و إدارة الأمراض المزمنة، وخدمات الصحة السلوكية، و التثقيف الصحي، و الوقاية، و إدارة الحالة، و الإحالة و المتابعة في حالات الطوارئ، و الإحالة إلى الرعاية المتخصصة، و تقييم المخاطر، وخدمات الرعاية الصحية عن بعد .

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

يقر توقيعك أنتي 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

الإسم 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 : jpschools.org/sbhc