

Ajit "AJ" Pethe
رئيس المدارس

James Gray دكتور
المشرف العام

المراكز الصحية المدرسية في
المنطقة التعليمية
Jefferson Parish Schools

الرعاية الصحية والسلوكية

Bonnabel High

2801 Bruin Drive

Kenner, La. 70065

الهاتف: 504-303-6676

رقم الفاكس: 504-303-6680

East Jefferson High

400 Phlox Street

Metairie, La. 70001

الهاتف: 504-457-5238

John Ehret High

4300 Patriot Street

Marrero, La. 70072

الهاتف: 504-371-1318

رقم الفاكس: 504-371-1328

Riverdale High Jefferson
Elementary

240 Riverdale Drive

Jefferson, La. 70123

الهاتف: 504-834-5026

رقم الفاكس: 504-834-3854

West Jefferson High

2200 8th Street

Harvey, La. 70058

الهاتف: 504-367-4407

رقم الفاكس: 504-367-4327

Truman School Fisher
Middle/High

5417 Ehret Road

Marrero, La. 70072

الهاتف: 504-383-1027

رقم الفاكس: 504-341-0689

للرعاية الصحية السلوكية فقط

Chateau Estates مدرسة

الهاتف: 504-303-7018

Douglass School

الهاتف: 504-371-4651

Haynes Academy مدرسة

الهاتف: 504-561-3571

Strehle School

الهاتف: 504-436-1920



ولي الأمر/الوصي العزيز،

سيجري افتتاح المركز الصحي المدرسي مرة أخرى هذا العام للطلاب. وسيتاح فريق العمل المُرخّص لدينا لعلاج طفلك من أي مشكلة صحية بدنية أو عقلية يعاني منها في المدرسة.

لا تتضمن هذه الخدمات أي تكاليف من جيبك الخاص للعائلات أو الطلاب بصرف النظر عن حالة التأمين وليست مخصصة لتحل محل مقدمي الخدمة الطبية الأساسية التابعين لك.

يتألف فريق العمل بالمركز الصحي من طبيب وممرضة ممارسة وطبيب أطفال ومراقبين وممرضة مسجلة وموظف اجتماعي. ستتواجد الممرضة المسجلة والممرضة الممارسة والموظف الاجتماعي في المركز الصحي طوال أيام الأسبوع خلال ساعات العمل بالمدرسة. ساعات العمل بالمدرسة الابتدائية من 7:30 ص إلى 2:20 م. وساعات العمل بالمدرسة الثانوية من 8:15 ص إلى 3:35 م.

سوف يقدم المركز الصحي المدرسي خدمات طبية مثل الرعاية الرياضية والبدنية الشاملة والتحصينات (ستحتاج إلى موافقة منفصلة بشأنها وهي لا تشمل لقاحات COVID)، والتحليلات المعملية. سوف يتولى الفريق الطبي تقييم الحالة المرضية للطلاب وتقديم أدوية بدون وصفة حسب الحاجة. يتوفر الموظف الاجتماعي لعمل تقييمات والتعليم والاستشارة حسب الحاجة. الغرض من المركز الصحي المدرسي هو المحافظة على بقاء الطلاب في المدرسة والسماح للآباء بالبقاء في عملهم. وانتشرت المراكز الصحية المدرسية في العديد من مدارس الولاية، وقد قدمت خدماتها لطلابنا بنجاح على مدى أكثر من عقدين من الزمان.

يجب على الوالد أو الوصي طباعة استمارة الموافقة المرفقة وإكمالها بعناية إذا كان يرغب في الاستفادة من خدمات العيادة. ويُمنع طفلك من الذهاب إلى العيادة الصحية إذا لم تسلم نموذج الموافقة كاملاً. وإذا كان نموذج الموافقة ناقصاً، فسنعيد إليك حتى تكمله. يبقى نموذج الموافقة ساري المفعول طوال فترة دراسة الطالب في مدارس المنطقة التعليمية Jefferson Parish school التي تقدم خدمات المراكز الصحية المدرسية. وسنرسل لك كل عام نموذجاً من صفحة واحدة لتحديث بعض المعلومات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، لا تتردد في الاتصال بالمركز الصحي أو تواصل معي مباشرة.



Miriam Paiz-Wahl

Miriam Paiz-Wahl، اختصاصية اجتماعية إكلينيكية مرخصة، ومشرفة إكلينيكية معتمدة
منسقة المراكز الصحية المدرسية

البريد الإلكتروني: Miriam.Paiz-Wahl@jpschools.org

موقع الويب: JPSCHOOLS.ORG/SBHC

(504) 736-7356 (المكتب)

المركز الصحي المدرسي في المنطقة التعليمية Jefferson Parish Schools

نموذج الموافقة والتسجيل

المدرسة: _____ الصف الدراسي: _____

اسم الطالب: _____

الاول اسم العائلة الحرف الأول للاسم الأوسط

تاريخ ميلاد الطالب: _____ العمر _____ جنس الطالب: _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الرمز البريدي: _____

اللغة المفضلة:

الإنجليزية _____ الإسبانية _____ الفرنسية _____ غير ذلك _____

العرق: _____ أبيض _____ أسود/أفريقي أمريكي _____ أسوي _____ هندي أمريكي/من مواطني ألاسكا الأصليين _____ من سكان هاواي/جزر المحيط الهادئ _____
الأصل الإثني: _____ من أصل إسباني أو لاتيني _____ ليس من أصل إسباني أو لاتيني _____ أكثر من عرق _____

جهة اتصال الطوارئ:

ولي الأمر أو الوصي 1: _____ الصلة: _____ الهاتف: _____، _____
(العمل) (المنازل/الهاتف المحمول)

ولي الأمر أو الوصي 2: _____ الصلة: _____ الهاتف: _____، _____
(العمل) (المنازل/الهاتف المحمول)

جهة اتصال الطوارئ: _____ الصلة: _____ الهاتف: _____، _____
(العمل) (المنازل/الهاتف المحمول)

البريد الإلكتروني للتسجيل في Parent Portal: _____

التأمين: ☐ Medicaid ☐ شركة تأمين تجارية (خاصة) ☐ ليس لدي تأمين ☐

اسم شركة التأمين: _____

رقم تعريف وثيقة التأمين أو وثيقة Medicaid: _____

اختر واحدة: Aetna * Healthy Blue LA * LA Healthcare Connections * United Healthcare * Humana * AmeriHealth Caritas

رقم المجموعة في شركة التأمين أو برنامج Medicaid _____ رقم الهاتف: _____

اسم صاحب وثيقة التأمين: _____ صلته بالمريض: _____

تاريخ ميلاد صاحب وثيقة التأمين: _____ هل يدفع تأمينك تكاليف الوصفات الطبية؟ ☐ نعم ☐ لا

يُرجى إرفاق نسخة من بطاقة تأمينك من الأمام والخلف مع هذا النموذج حتى تتلقى الخدمات الصحية المدرسية.
لن يتحمل أولياء الأمور أي تكاليف من نفقاتهم الخاصة مقابل هذه الخدمات المقدمة للطلاب. وستدفع شركة التأمين أو برنامج Medicaid فواتير الخدمة.

الصيدلية المفضلة (الاسم والموقع) _____ رقم الهاتف: _____

مقدم الرعاية الطبية الأساسي للطلاب: _____ الهاتف: _____

ضع علامة صح في خانة الاختيار إن لم يكن للطلاب مقدم أساسي للرعاية الطبية ☐

معالج الطالب أو طبيبه النفسي: _____ الهاتف: _____

مقدم خدمات طب الأسنان: _____ الهاتف: _____

هل يتاح لك استخدام هاتف ذكي أو جهاز لوحي أو كمبيوتر؟ ☐ نعم ☐ لا هل تتوفر لديك شبكة WIFI؟ ☐ نعم ☐ لا

يُرجى الملاحظة: ستوفر كل إشعارات الخصوصية ونموذج 'الموافقة عن علم على الخدمات الطبية عن بُعد' على صفحة المركز الصحي المدرسي على الإنترنت وستنشر عليه

jpschools.org/SBHC

التاريخ الطبي:

تاريخ المريض (يُرجى تحديد أي شيء ينطبق على تاريخ طفلك الطبي)

ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم	ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم	ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم	ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم
اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط	مشكلات في القلب (مثل النفخة القلبية)	أمراض الكلام	
أمراض الحساسية	مشكلة في السمع	تعاطي المخدرات	
فقر الدم	ارتفاع ضغط الدم	مشكلات في المعدة	
ربو	صداع عادي أو نصفي	التدخين	
عيوب خلقية:	مشكلات في الكلية	نوبات صرع أو داء الصرع	
اضطرابات النزيف	إعاقات في التعلم	مشكلات في الغدة الدرقية	
مشكلات في العظام أو المفاصل	إصابات كبيرة	التهاب اللوزتين أو عدوى المكورات العنقودية	
جدري الماء (إن لم يصب به، فاذكر تاريخ التطعيم)	التشخيص بمرض عقلي (مثل الاكتئاب والقلق):	عدوى المسالك البولية	
السكري أو مقدمات السكري	خفقان القلب	مشكلة في النظر	
دوار أو إغماء	ولادة مبكرة	غير ذلك:	
التهاب في الأذن	ضيق في التنفس	غير ذلك:	

تاريخ الأسرة (يُرجى تحديد أي شيء ينطبق على تاريخ أسرتك الطبي)

ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم	ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم	ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم	صلة المريض بالطالب	صلة المريض بالطالب
إدمان الكحول أو تعاطي المخدرات		اضطراب جيني:		
حساسية (من حشرات أو طعام أو دواء أو ما إلى ذلك)		أزمة قلبية قبل عمر 55		
فقر الدم		مرض في القلب		
ربو		ارتفاع ضغط الدم		
اضطرابات النزيف		مشكلة في الصحة العقلية اذكره: _____		
سرطان		نوبات صرع		
اكتئاب-انتحار		السُّل		
السكري أو السكري من النوع الأول		غير ذلك:		

الحساسية والأدوية

أمراض الحساسية لدى الطالب

الحساسية (اذكر الدواء أو الطعام أو الحشرات أو غيرها من مسببات الحساسية)	رد الفعل التحسسي

أدوية الطالب

اسم الدواء	تركيز الجرعة	عدد مرات تناول الدواء

دخول المستشفيات والعمليات الجراحية	ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم	السنة أو العمر	اسم المستشفى	سبب دخول المستشفى أو إجراء العملية
هل سبق وأن دخل طفلك المستشفى لسبب طبي؟				
هل خضع طفلك لعملية جراحية من قبل؟				استئصال الزائدة الدودية استئصال اللوزتين و/أو قطع لحمية الأنف إصلاح الفتق جراحة عظام (اذكرها): عملية أخرى (اذكرها):

الصحة السلوكية	ضع علامة ✓ إن كانت الإجابة نعم	إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح
هل يتناول طفلك أدوية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أو الاكتئاب أو لمشكلات عقلية أخرى؟		
هل يعاني طفلك من أي مشكلات أو مخاوف في الصحة السلوكية في الوقت الحالي؟		
هل للطالب أي احتياجات خاصة يجب أن نعلم بها؟		
هل سبق وأن دخل طفلك المستشفى بسبب مشكلة في الصحة العقلية؟		

الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية في المراكز الصحية المدرسية التابعة للمنطقة التعليمية
Jefferson Parish Schools

اعتمد طبيب المركز الصحي الأدوية التالية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية* والتي يمكن أن يعطيها الممرض المسجل لطفلك عند الحاجة:

مسكن Acetaminophen (Tylenol)	جل أو أقراص Glucose	مرهم الحروق (Neosporin)
أملاح الشم	Guaifenesin أو Guaifenesin DM للبرد والسعال	جل تخفيف الآلام عن طريق الفم (Orajel أو Anbesol)
شراب مضاد للغثيان (Emetrol)	كريم أو مرهم 1% Hydrocortisone	دواء اضطرابات المعدة Pepto Bismol
مضادات حموضة المعدة (Zantac أو Pepcid)	مطهر Hydrogen Peroxide	مستحلبات تهدئة التهاب الحلق
مرهم مضاد حيوي (Bacitracin)	مسكن Ibuprofen (Advil)	الماء المعقم
دواء الحساسية Benadryl (Diphenhydramine)	كحول Isopropyl المعقم	المواد اللاصقة للجلد
علاج Benzoin الموضعي	Imodium للإسهال	مزيل الاحتقان Sudafed PE (أقراص تحتوي على 10 ملغم من Phenylephrine HCl)
المحلول المطهر Betadine	Loratadine (Claritin) للحساسية	أقراص Tums المضادة للحموضة
غسول Caladryl Clear لتخفيف الحكة	مضاد الفطريات Lotrimin AF	مرطب Vaseline
ملطف ومرطب Calamine	Maalox لحرقة المعدة والحموضة	مرهم Vitamin A&D لتهدئة الجلد
بخاخ Chloraseptic لالتهاب الحلق	مخدر Medicaïne	Visine قطرة لحساسية واحمرار العين
قطرات السعال	مضاد الحموضة Mylanta	مضاد الحساسية Zyrtec
Debrox (قطرات إزالة شمع الأذن)	بخاخ علاج احتقان الأنف	
محلول غسول العين	قطرات جفاف العين	

* يمكن استبدال الدواء بآخر له نفس الفعالية.

أوافق على تلقي الطالب كل الأدوية التي يقدمها المركز الصحي المدرسي ما عدا الأدوية التي كتبتها هنا:

بيان السياسة والإجراءات

إن أراد الطالب الاستفادة من خدمات المركز الصحي المدرسي التابع للمنطقة التعليمية Jefferson Parish Schools فيجب عليه ملء نموذج الموافقة والتسجيل. وسيصلح نموذج الموافقة والتسجيل إن كان كاملاً طوال مدة التحاق الطالب بمدارس نفس المنطقة التعليمية. وقد يطلب المركز الصحي المدرسي من ولي الأمر أو الوصي القانوني تقديم نموذج تحديث سنوي لبيانات الطالب. ويجب أن يضاف في سجلات كل الأطفال القاصرين قبل تلقي الخدمات نموذج موافقة حالي موقع من ولي الأمر، إلا إذا تحرر المريض بموجب القانون أو كان عمره 18 عامًا أو أكثر. ويجب أن تظل كل نماذج موافقة ولي الأمر في السجل الطبي الدائم. ويجوز رفض أي نماذج موافقة مشكوك في توقيعاتها حسب تقدير موظفي المركز الصحي المدرسي. ولي الأمر أو الوصي هو الوالد الطبيعي أو المتبني، وفي حالة الطلاق، الوالد الحائز على حضانة الطفل، أو الوالد غير الحاضن إذا تعذر حضور الوالد الحاضن. وإذا لم يصدر أمر من المحكمة، فيمكن لأي من الوالدين التوقيع. ويجوز لأولياء الأمر الذي يتولون الكفالة في الرعاية البديلة منح الموافقة لمن يعولونهم ولكن بعد إصدار وثيقة موقعة من الوالدين الطبيعيين أو من المحكمة. ولا يجوز لزوج الأم أو زوجة الأب أو الأجداد أو غيرهم من الأقارب منح الموافقة إلا إن كان معهم وثيقة توضح أن لديهم حضانة قانونية. يلتزم المركز الصحي المدرسي بقانون لويزيانا المعدل Louisiana Law R.S. المادة 37:1262 عند استعمال الخدمات الصحية عن بُعد في تقديم الرعاية الصحية والتشخيص والاستشارة والعلاج ونقل البيانات الطبية باستخدام التكنولوجيا التفاعلية.

أدرك أن مكتب الصحة العامة ("OPH") Office of Public Health، وبرنامج صحة المراهقين Adolescent School Health Program سيشفرون على المركز الصحي المدرسي (SBHC) الذي يلتزم بتقديم المعلومات إلى مكتب الصحة العامة (OPH). وبالتالي نحن نوافق على الإفصاح عن معلومات المركز الصحي المدرسي (SBHC) المتعلقة بطريقة عمل مراكز الصحة المدرسية (SBHC) وإدارتها وتمويلها وعمليات المراقبة المستمرة لها إلى مكتب الصحة العامة (OPH) أو ممثله. أوافق على الإفصاح عن معلومات المركز الصحي المدرسي (SBHC) المتعلقة بطريقة عمل مراكز الصحة المدرسية (SBHC) وإدارتها وتمويلها وعمليات المراقبة المستمرة لها إلى مكتب الصحة العامة (OPH) أو ممثله.

السرية: تلتزم مراكز الصحة المدرسية (SBHCs) بكل القوانين الحالية المتعلقة بسرية الخدمات الصحية بشكل عام، وخاصة في الأمور المتعلقة بالخدمات المقدمة للقصير. ويجب أن تكون كل السجلات الطبية وسجلات الصحة العقلية سرية، وأن تحفظ بناءً على توجيهات قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) وأوافق على تبادل المعلومات الصحية المناسبة بين هذا المركز الصحي المدرسي (SBHC) التابع للمنطقة التعليمية Jefferson Parish Schools ومقدم الرعاية الطبية الشخصي للطالب عند إحالة الطالب للعلاج الطبي. ويمكنني طلب نسخة من 'إشعار ممارسات الخصوصية' للمؤسسة والذي يبين كيفية استخدام المعلومات الصحية ومشاركتها. وأدرك أنه يحق للمراكز الصحية المدرسية (SBHCs) التابعة للمنطقة التعليمية Jefferson Parish Schools إجراء تعديلات على الإشعار متى أرادت. ويمكنني الحصول على النسخة الحالية إذا اتصلت بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) مباشرة أو اتصلت على الرقم 504-349-8996.

Louisiana Law R.S. Louisiana Law R.S. أن: يحظر على المراكز الصحية في المدارس: (1) تقديم استشارات متعلقة بالإجهاد أو الدعوة إليه بأي شكل أو إحالة أي طالب إلى أي مؤسسة تقدم استشارات متعلقة بالإجهاد أو تدعو إليه. (2) توزيع دواء أو جهاز أو منتج مشابه يسبب الإجهاد أو منع الحمل. وللإبلاغ عن انتهاكات الحظر المفروض على الاستشارات أو الدعوات أو الإحالات المتعلقة بالإجهاد، أو توزيع أدوية أو أجهزة أو منتجات مشابهة تسبب الإجهاد أو منع الحمل، اتصل ببرنامج صحة المراهقين Adolescent School Health Program في مكتب الصحة العامة (Office of Public Health) على الرقم 504.568.3504.

بالتوقيع على هذه الموافقة، فإنك توافق على تقديم المركز الصحي المدرسي (SBHC) رعاية الصحية الأساسية والشاملة والوقائية والفحوصات البدنية والتحصينات (ستحتاج إلى تقديم موافقة منفصلة لها وهي لا تشمل لقاحات COVID، وفحوصات صحية واختبارات معملية/تشخيصية، ورعاية دقيقة للأمراض الطفيفة والإصابات يشمل ذلك الأدوية، في حالة وصفها، ورعاية الأسنان (إذا كانت متوفرة) والتعامل مع الأمراض المزمنة، وخدمات الصحة السلوكية، والتعليم الصحي والوقاية وإدارة الحالات والإحالة والمتابعة لحالات الطوارئ، والإحالة إلى رعاية متخصصة وتقييمات المخاطر والخدمات الصحية عن بُعد.

أدرك أنا وولي الأمر القانوني أو الوصي القانوني أنني لن أتحمّل تكاليف أي خدمة من الخدمات التي يقدمها المركز الصحي المدرسي (SBHC). وأدرك أن المراكز الصحية المدرسية (SBHCs) التابعة للمنطقة التعليمية Jefferson Parish Schools، أو مؤسسة Access Health Louisiana، أو مقدم الرعاية الطبية يمكنه مطالبة برنامج Medicaid أو مقدمي خدمات التأمين الآخرين بدفع فواتير هذه الخدمات. وأسمح بدفع المزايا المالية المعتمدة إلى المراكز الصحية المدرسية (SBHCs) التابعة للمنطقة التعليمية Jefferson Parish Schools أو مؤسسة Access Health Louisiana أو كليهما أو أحدهما لهم. وأدرك أن المراكز الصحية المدرسية (SBHC) تديرها المنطقة التعليمية Jefferson Parish Public School System وموظفيها والجهات المتعاقد معها، ومؤسسة Access Health Louisiana. وأقر بتوقيعي أدناه على أنني أسمح لهذا الطالب أن يتلقى الخدمات المقدمة من المركز الصحي المدرسي (SBHC). وبظل نموذج الموافقة هذا ساريًا ما دام الطالب ملتحقًا بمدرسة عامة في المنطقة التعليمية ما لم أكتب إلى المركز الصحي المدرسي (SBHC) وأبلغه أنني لم أعد أريد أن يتلقى الطالب الخدمات.

صلته بالطالب:

اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني بحروف واضحة (أو الطالب الذي يزيد عمره عن 18 سنة)

التاريخ:

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني (أو الطالب الذي يزيد عمره عن 18 سنة)

يجوز تقديم نسخة مكررة من هذا المستند واستمارة الموافقة على الرعاية الصحية عن بُعد، وإشعار خصوصية & المريض & إلى الوالدين أو الوصي بناءً على طلب على موقعنا على الويب jpschools.org/sbhc.