



أكمل هذا النموذج إذا كان لدى الطالب مخاوف صحية جديدة أو محدثة، فيجب أن تكون المدرسة على علم بالاتي

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ الدرجة: _____

المدرسة: _____ السنة الدراسية: _____ التأمين: ☐ لا ☐ نعم

اسم مقدم الرعاية الصحية: _____ الهاتف: _____

لا يوجد شرط معروف ☐ يحتاج مترجم ☐ اللغة: _____

الصحة العقلية أو السلوكية

☐ القلق

☐ الاكتئاب

☐ اضطراب النوم

☐ الصحة العقلية أو السلوكية الأخرى

☐ الشرط: _____

☐ يتلقى العلاج حالياً. التردد: _____

الجهاز العصبي (المخ)

☐ الفط الحركي تاريخ التشخيص: _____

☐ التوحد الطيف ☐ الصداع، المتكررة

☐ التشنجات، النوع: _____

☐ إصابة الدماغ / ارتجاج. تاريخ الإصابة: _____

☐ حالة عصبية أخرى: _____

نزيف

☐ نزيف الأنف المتكرر

☐ حالة الدم الأخرى: _____

العظام / النشاط البدني

☐ الحالة: _____

☐ كرسي متحرك، عكازات، تركيبات: _____

☐ أي عظام مكسورة حديثة أو إصابات أخرى تؤثر على

☐ التنقل: _____

القلب / القلب / تدفق الدم

يرجى وصف الحالة: _____

الأدوية

يحتاج الطالب الدواء في المدرسة للعام الدراسي الحالي: ☐ نعم ☐ لا أدوية

في المنزل: ☐ نعم ☐ لا دواء: _____

المستشفيات أو العمليات الجراحية الحديثة.

يرجى وصف الحالة: _____

مخاوف صحية أخرى أو معلومات غير مدرجة:

الظروف الصحية التي تهدد الحياة ☐ نعم ☐ لا

☐ الحساسية المفرطة (Epinadrine)

☐ الحساسية / s: _____

☐ مرض السكري: ☐ النوع 1 ☐ النوع 2

☐ التشنجات - (دواء الطوارئ المطلوبة)

☐ الربو - شديد

☐ حالات أخرى تهدد الحياة: _____

* يتطلب قانون الولاية أن يكون لدى الطلاب الذين يعانون من ظروف تهدد الحياة خطة رعاية مكتملة وأن يكون لديهم أدوية في مكانها.

التنفس/التنفس

☐ الربو الحالي

☐ الربو - تشخيص من أي وقت مضى

☐ تمارين الربو

☐ مرض الهواء التفاعلي

☐ الظروف التنفسية الأخرى: _____

العين / الأذنين

☐ ضعف السمع

☐ التهابات الأذن المتكررة

☐ ارتداء النظارات أو العدسات اللاصقة

مسائل أخرى: _____

حساسية، تغذية

☐ الحساسية - الغذاء: _____

☐ حساسية ضد الحشرات: _____

☐ الحساسية - عفن، غبار، حبوب اللقاح. وصف: _____

☐ الحساسية - الأدوية: _____

☐ الحساسية الأخرى: _____

الجهاز الهضمي (الجهاز الهضمي)

☐ اضطراب سيلياك

☐ التعصب الغذائي (بما في ذلك التفضيل الديني): _____

☐ الإمساك المزمن Encopresis

☐ ارتجاع المعدة GERD ☐ Harture

☐ مخاوف التغذية: _____

☐ مشاكل الجهاز الهضمي الأخرى: _____

يتم الاحتفاظ بالمعلومات المقدمة في سرية تامة وسيتم مشاركتها فقط مع موظفي المدرسة المناسبين الذين يحتاجون إلى معرفته من أجل توفير صحة وسلامة الطالب. تقع على عاتق الوالد / الوصي إخطار ممرضة المدرسة في حالة ظهور مخاوف صحية أو تغيير الظروف، وتقديم المراسلات حسب الحاجة من مقدم الرعاية الصحية للطفل فيما يتعلق بحالته (حالاتهم).

التوقيع: _____ الاسم المطبوع: _____ التاريخ: _____