

معلومات مرجعية إذن
لخدمات التمريض المدرسية
Center Grove Community School Corp.

يعمل في برنامج التمريض المدرسي ممرضون وممرضات من شبكة صحة المجتمع (Community Health Network). هذه عيادة مدرسية وليست جزءاً من شبكة صحة المجتمع. تحتفظ المدرسة بجميع السجلات. لا تتحمل أنت أي رسوم مقابل الخدمات. قد يقدم ممرضو وممرضات المدرسة العلاج غير الطارئ للإسعافات الأولية والرعاية الطارئة ويجرون الفحوصات الصحية للطلاب دون إعادة استمارة الإذن هذه. للموافقة على استخدام سجلات العيادة لتحديد أهلية الطالب للمشاركة في الأنشطة المدرسية، والحصول على خدمات الرعاية الصحية الإضافية الموصوفة في الجزء (I)، يرجى إعادة هذه الاستمارة بالإضافة إلى استمارة طلب إعطاء الدواء لأي دواء يتم إعطاؤه للطالب. إذا كان طفلك لديه أو يحتاج إلى خطة رعاية لعلاج متكرر، فيرجى أيضاً إرسال هذه المعلومات مع هذه الاستمارة.

العام الدراسي الذي يبدأ في: 2026 - هذه الموافقة سارية من تاريخ 1 يوليو، 2026 إلى 1 يوليو، 2027

المقاطعة المدرسية: _____

اسم الطالب: _____

تاريخ ميلاد الطالب: _____

I. الموافقة على العلاج: أعطي الإذن لتلقي طالب/طالبت خدمات رعاية صحية إضافية من عيادة التمريض المدرسية في مدرسته/مدرستها. أفهم أن العاملين في التمريض المدرسي لا يمكنهم الاعتناء بجميع الاحتياجات الصحية التي قد يحتاجها الطالب. ممرض/ممرضة المدرسة متاح لمساعدتك في تحديد الموارد الصحية التي قد تفيد الطالب.

لقد قرأت هذه المعلومات وفهمت خدمات الرعاية الصحية الإضافية التي قد تقدمها العيادة، والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر: (أ) العلاج المتخصص الذي لا يعتبر حالة طارئة، (ب) الرعاية التي يصفها الطبيب أو غيره من الممارسين المؤهلين والتي تم تحديدها من خلال المناقشات معي، باعتبارها "خطة رعاية" لطفلي، و(ج) الحالات إلى مقدمي الخدمات الصحية في المجتمع. تقع على عاتقي مسؤولية إخطار موظفي العيادة بالتغييرات في أي خطة رعاية، بالإضافة إلى التغييرات في الوصاية، وترتيبات معيشة الطفل أو حضنته، وأرقام الاتصال.

إذا احتاج طفلي إلى أدوية بدون وصفة طبية أو وصفة طبية خلال اليوم الدراسي، فسوف أكمل وأرفق استمارة "طلب إعطاء الدواء" لكل دواء.

توقيع ولي الأمر أو الوصي (إذا كان عمر الطالب أقل من 18 عاماً): _____ التاريخ: _____

توقيع الطالب (إذا كان عمره 18 عاماً أو إذا كان مُحرراً من سلطة/وصاية): _____ التاريخ: _____

II. الإفراج عن المعلومات: بالإضافة إلى استخدام المعلومات الصحية الخاصة بالطالب المذكور أعلاه لعلاج إصابات الطالب وأمراضه وإدارة العيادة، أصرح بموجب هذا باستخدام المعلومات الصحية والكشف عنها حسب الحاجة لإدارة المدرسة أو الموظفين المعنيين لتقييم أهلية الطالب للمشاركة في الأنشطة المدرسية، أو لحل الشكاوى. بالإضافة إلى ذلك، أعطي موافقتي لموظفي العيادة الصحية في المدرسة للنظر في السجل المدرسي الكامل لطفلي، بما في ذلك الحضور، من أجل تقديم المعلومات التي قد تعين طاقم العيادة في مساعدة طفلي. أفهم أن العيادة لن تقصر الخدمات على الطالب بناءً على قراري بعدم التوقيع أدناه للحصول على هذا التفويض، ولكن قد تكون مشاركة الطالب في بعض الأنشطة التي ترعاها المدرسة مشروطة بتوقيع هذا التفويض.

توقيع ولي الأمر أو الوصي (إذا كان عمر الطالب أقل من 18 عاماً): _____ التاريخ: _____
مطبوع:

توقيع الطالب (إذا كان عمره 18 عاماً أو إذا كان مُحرراً قانونياً من سلطة/وصاية): _____ التاريخ: _____
أو:

تمت قراءة الاستمارة/التحقق منها مع الوالد/الوصي المذكور أعلاه، والموافقة الشفوية التي شهدها أحد موظفي المدرسة
[اسم الشاهد مطبوعاً]

بتاريخ _____ (تاريخ الحصول على الموافقة).

إنهاء الإذن: يجوز إلغاء هذا الإذن كتابياً في أي وقت قبل تاريخ انتهاء صلاحيته، باستثناء عندما تم اتخاذ الإجراء بالفعل بالاعتماد على هذا التفويض. أرسل أو سلم الإبطال الكتابي إلى أحد موظفي العيادة.