

النموذج الطبي السنوي

السنة الدراسية _____



الهاتف	ولي الأمر/الوصي	الطالب	تاريخ الميلاد
الهاتف	ولي الأمر/الوصي	الصف الدراسي	العنوان
الهاتف	الطوارئ	<input type="checkbox"/>	الشباب غير المصحوبين بمرافقين
آخر زيارة	طبيب الأسنان الهاتف	آخر زيارة	الطبيب الهاتف

الحساسية المهددة للحياة:

آخر حدث	دواء الطوارئ
---------	--------------

اذكر ما إذا كان قد حدث لطفلك أي مما يلي:

<input type="checkbox"/> مرض السكري نموذج المقابلة الشخصية لمرض السكري	<input type="checkbox"/> الصرع أو النوبات نموذج المقابلة الشخصية للنوبات
<input type="checkbox"/> أمراض القلب والأوعية الدموية	<input type="checkbox"/> أمراض الربو أو الرئة نموذج المقابلة الشخصية للربو
<input type="checkbox"/> تاريخ العمليات الجراحية/العلاج في المستشفى/الصدمة	<input type="checkbox"/> خلية منجلية <input type="checkbox"/> الثَّاعور (هيموفيليا) <input type="checkbox"/> أمراض الدم الأخرى
<input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> حالة الصحة النفسية

يُرجى ذكر جميع الأدوية التي يتناولها طفلك في المنزل.

الدواء	التركيز، الجرعة، طريقة استيعاب الدواء	الوقت من اليوم

إذا كان طفلك بحاجة إلى دواء أثناء اليوم الدراسي، فيُرجى إكمال هذا النموذج:

[نموذج التصريح بالدواء](#)

إذا كنت بحاجة للمساعدة في أي من الأمور التالية، فيمكن لمرضات المدرسة توفير الموارد من أجل مساعدة أسرنا:

<input type="checkbox"/> الحصول على تأمين صحي	<input type="checkbox"/> السكن
<input type="checkbox"/> العثور على مقدم رعاية طبية، أو طبيب أسنان، أو طبيب صحة نفسية	<input type="checkbox"/> الملابس
	<input type="checkbox"/> الطعام

من خلال القيام بالتوقيع أدناه، فأنا أسمح لمرضة المدرسة بمشاركة معلومات الطالب خاصتي مع الطاقم المدرسي والطبي المناسب من أجل الحفاظ على سلامة الطالب خاصتي باستمرار داخل المدرسة.

التاريخ _____

ولي الأمر/الوصي _____