

THE SCHOOL DISTRICT OF PALM BEACH COUNTY
معلومات صحية للطلاب وموافقة ولي الأمر/الوصي على خدمات الصحة المدرسية



يجب على ولي الأمر أو الوصي إكمال هذا النموذج وإرجاعه إلى المدرسة لتوفير معلومات صحة الطالب والموافقة على أن يتلقى الطالب المحدد أدناه أيًا من خدمات الصحة المدرسية المدرجة أدناه. يجب إكمال جميع الحقول.

رقم الطالب:	الاسم الأول للطالب	أول حرف من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	النوع	تاريخ الميلاد
الاسم الأول لولي الأمر/الوصي القانوني		الاسم الأخير		رقم الهاتف	العلاقة بالطالب

وفقًا لما هو مطلوب في المادة (1) 1014.06 من قوانين فلوريدا، يجب على ولي الأمر أو الوصي القانوني تفويض تقديم الخدمات الصحية لطلابهم من قبل ممارس الرعاية الصحية أو من ينوب عنه، كما هو محدد في المادتين 456.001 و 1006.062 من قوانين فلوريدا، في حالة الحاجة إلى مثل هذا العلاج أثناء وجود الطالب تحت إشراف المدرسة.

عند الضرورة، سيتم تقديم خدمات الطوارئ الصحية مثل الإسعافات الأولية أو الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) أو استخدام جهاز إزالة الرجفان الخارجي الآلي (automated external defibrillator, AED) حتى وصول خدمات الطوارئ الطبية إلى الحرم الجامعي.

اختر نعم أو لا لكل خدمة:

خدمات الرعاية الصحية بما في ذلك الرعاية والعلاج للأمراض والإصابات: نعم لا

نعم - ستسمح الإجابة بمثل هذه العلاجات بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الإصابة أو المرض الرئيسي أو الثانوي الذي تم الإبلاغ عنه أو ملاحظته أثناء وجود الطالب في المدرسة. سيؤدي عدم الإجابة إلى الإشارة إلى "لا" للعلاج الصحي.

لا - ستؤدي الإجابة إلى الاتصال بولي الأمر أو الوصي لاستلام الطالب لجميع المخاوف الطبية. سيكون هذا لجميع الحالات التي يشعر فيها الطلاب بالمرض، أو يعانون من صداع أو إصابات مثل الجروح أو الخدوش أو الصدمات أو الكدمات. سيتم استدعاء خدمات الطوارئ الطبية (EMS) في أي حالة تعتبر خطيرة.

سيحصل الطلاب على فحوصات صحية غير جراحية للسمع والجنف والنمو والتطور (مؤشر كتلة الجسم) والبصر والأسنان وفقًا للمادة (e) 381.0056(6) من قانون فلوريدا، ما لم يقرر ولي الأمر أو الوصي عدم المشاركة من خلال تحديد "لا" في المربع أدناه. (الإنسان صالح حتى يتم الغاؤه من قبل أحد أولياء الأمور. (راجع دليل الطالب والأسرة الخاص بالمنطقة التعليمية للحصول على مزيد من المعلومات.)

فحص السمع: نعم لا

فحص الجنف: نعم لا

فحص النمو والتطور (مؤشر كتلة الجسم): نعم لا

فحص العيون: نعم لا

فحص الأسنان: نعم لا

يتم تقديم برنامج فلوريدا للصوديوم في المدارس التي لا تحتوي على الفلورايد في إمدادات المياه المحلية. أعطي الإذن لطلابي نعم (التصريح صالح حتى الصف الخامس) لا

لا

الحساسية والأدوية والمخاوف الطبية ومعلومات الطبيب

هل يعاني الطالب من حساسية تهدد حياته؟ نعم (إذا كانت الإجابة بنعم، قم بتقديم القائمة للممرضة) لا

هل يتناول الطالب دواء؟ نعم (إذا كانت الإجابة بنعم، قم بتقديم القائمة للممرضة) لا

هل لدى الطالب مخاوف متعلقة بالصحة؟ نعم (إذا كانت الإجابة بنعم، قم بتقديم القائمة للممرضة) لا

هل حصل الطالب على إحالة إلى خدمات الصحة العقلية المرتبطة بالطرود من المدرسة، أو الاعتقال الذي أدى إلى توجيه تهمة، أو إجراءات العدالة الأحداث؟ نعم لا

تأمين صحي للطلاب (حدد كل ما ينطبق) Medicaid Healthy Kids/Kid الرعاية خاصة لا يوجد تأمين

اسم الطبيب _____ رقم هاتف الطبيب _____

ملاحظة: سيكون هذا النموذج، بالإضافة إلى تفويض من الطبيب، مطلوبًا من موظفي العيادة المدرسية أو موظفي المدرسة لإعطاء الأدوية الموصوفة أو التي لا تحتاج إلى وصفة طبية بشكل يومي أو حسب الحاجة، أو إجراء الإجراءات الطبية، أو تقديم العلاج الطبي.

أفهم أن هذه الموافقة سنتل سارية المفعول حتى ينتقل الطالب المذكور أعلاه إلى منطقة مدرسية أخرى، أو يتخرج، أو أشير كتابيًا إلى أنني أرغب في إلغاء هذه الموافقة على خدمات الصحة المدرسية.

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي

اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة