

الخدمات الصحية المدرسية في إدارة الصحة المدرسية بمقاطعة
ليكسينغتون فايت (LFCHD)

650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508
الهاتف (859) 288-2314
الفاكس (859) 288-2313



نموذج المعلومات الصحية للطلاب
الرجاء تعبئة استمارة واحدة لكل طالب

اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____
رقم الضمان الاجتماعي للطلاب _____ تاريخ الميلاد: _____

العرق (حدد واحدًا أو أكثر): _____ قوقازي/أبيض _____ أمريكي من أصل إفريقي/أسود _____ أمريكي أصلي/أمريكي هندي أو من سكان
الأسكا الأصليين _____ آسيوي _____ سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

العرق: من أصل إسباني أو لاتيني _____ نعم _____ لا _____ الجنس: ذكر _____ أنثى _____

عنوان الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

ولي الأمر / الوصي القانوني _____ الرقم الأساسي _____ الرقم البديل _____
ولي الأمر / الوصي القانوني _____ الرقم الأساسي _____ الرقم البديل _____

الشخص جهة الاتصال في حالات الطوارئ بخلاف ولي الأمر / الوصي القانوني _____
العلاقة بالطلاب _____ الرقم الرئيسي _____ الرقم البديل _____

معلومات Medicaid للطلاب

هل يمتلك الطالب بطاقة KY Medicaid أو K-CHIP؟ _____ نعم _____ لا _____ عضو / رقم MCO # _____

هل يعاني طالبك من أي من الحالات التالية التي تهدد حياته والتي قد تتطلب علاجًا طارئًا أو إعطاء أدوية في المدرسة؟ يرجى وضع علامة على المربع
(المربعات) المناسبة أدناه.

مرض السكري الربو (جهاز الاستنشاق المنقذ) النوبات (دواء الإنقاذ) الحساسية التي تهدد الحياة (قلم Epi-Pen) غير ذلك:

التاريخ الطبي للطلاب

تاريخ طبي مهم نعم لا _____ التاريخ الطبي الآخر ذو الصلة _____
الحساسية للأدوية نعم لا _____ الحساسية الأخرى نعم لا _____
الحساسية الغذائية نعم لا _____ القيود الغذائية نعم لا _____
أدوية يتم تناولها يوميًا في المنزل نعم لا _____
*أدوية التي يتم تقديمها في المدرسة نعم لا _____

* يجب إكمال نموذج الموافقة الإضافية قبل إحضار أي أدوية (بدون وصفة طبية أو بوصفة طبية) إلى المدرسة ليتم إعطاؤها للطلاب. النماذج متوفرة من المدرسة.

مقدم الرعاية الصحية الأولية للطلاب _____ رقم الهاتف _____

لقد أكملت/لقد أكملنا التاريخ الطبي المذكور أعلاه على حد علمي/معرفتنا وأدرك أنه من واجبي/واجبنا تحديث المعلومات المذكورة أعلاه بأي تغييرات أو إضافات أو مؤهلات.

(تاريخ التوقيع)

(توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني/الطالب المتحرر)

الظهر



إدارة الصحة بمقاطعة ليكسينغتون-فاييت (LFCHD) خدمات الصحة المدرسية الموافقة على الخدمات الصحية للطلاب

1. سيحصل جميع الطلاب على الإسعافات الأولية الأساسية ورعاية الطوارئ. من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنني أوافق على خدمات الصحة المدرسية، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، وضع مرهم مضاد للحكة و/أو منظف مطهر و/أو غسول للعين، والتي يتم إعطاؤها للطلاب من قبل الممرضات أو وكلاء LFCHD أثناء التواجد في المدرسة. إذا كان الطالب يحتاج إلى مساعدة طبية طارئة لا يمكن توفيرها في الموقع من قبل ممرضة المدرسة ولا يمكن الوصول إلي، فأنا أوافق على قيام LFCHD بترتيب توفير الرعاية الطبية الطارئة لطالبي، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، نقل الطالب إلى أقرب منشأة للرعاية الصحية و/أو لتأمين الرعاية الطبية اللازمة لطالبي في تلك المنشأة.
2. إذا شارك الطالب في Kentucky Medicaid أو K-CHIP، فأنا أوافق LFCHD بالكشف عن المعلومات الطبية الخاصة بالطالب إلى Medicaid/K-CHIP للسماح بإصدار الفواتير للخدمات التي تقدمها ممرضة المدرسة، دون أي تكلفة علي.
3. أدرك أنه من خلال التوقيع على هذه الموافقة، أقر بأنني تأقبت أو تمكنت من الوصول إلى نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بـ LFCHD الموجود على www.lfchd.org أو يجوز لي طلب نسخة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الصحة المدرسية على الرقم 859-288-2314.
4. أدرك أن LFCHD لا تقدم أي خدمة صحية أو خدمة صحة عقلية تتعلق بالحياة الجنسية البشرية أو منع الحمل أو تنظيم الأسرة على النحو المحدد والمتناول في KRS 158.191. في حالة قيام LFCHD بتغيير خدماتها لتقديم مثل هذه الخدمة، فلن يتم تقديم هذه الخدمة لطفلي دون إخطاري مسبقاً بهذه الخدمة وتقديم موافقة كتابية على تقديم تلك الخدمة، ما لم و/أو باستثناء ما يتوافق مع القانون الفيدرالي، الولاية، أو القانون المحلي.
5. وأدرك أيضاً أن LFCHD لا توفر سوى الإسعافات الأولية الأساسية ورعاية الطوارئ للطلاب، على النحو المنصوص عليه في هذه الموافقة على الخدمات الصحية للطلاب. ولا يجوز إجراء أي إحالة إلى هذه الأنواع من الخدمات الصحية إلا إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية أو على أساس طارئ.

/ /
(تاريخ التوقيع)

X
(توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني / الطالب المتحرر)

الموافقة على استلام المعلومات الطبية الخاصة بالطالب والكشف عنها

1. أوافق بموجب هذا على قيام LFCHD بنشر المعلومات الطبية الخاصة بالطالب إلى مقدم الرعاية الصحية الأولية الخاص به أو أي مقدم رعاية صحية آخر حسب الضرورة لأغراض العلاج.
2. يتطلب قانون ولاية كنتاكي تعديلات معينة للالتحاق بالمدارس العامة في ولاية كنتاكي. إلى الحد الذي أقدم فيه، بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال مقدم خدمة طبي خارجي، معلومات التحصين المطلوبة، أوافق على قيام LFCHD بإدخال معلومات التحصين هذه في سجل التحصين في كنتاكي ("KYIR") نيابةً عن وكجزء من خدماتها إلى مدارس مقاطعة فاييت العامة ("FCPS"). علاوةً على ذلك، أوافق على قيام LFCHD بمشاركة نفس السجلات أو المعلومات مع وزارة كنتاكي للخدمات الصحية والعائلية وأقسامها و/أو أقسامها الفرعية و/أو موظفيها لأغراض تجميع البيانات الإحصائية، للمساعدة في التحكم في الانتشار و/أو الحد منه و/أو التأثير عليه بطريقة أخرى و/أو كما يقتضي القانون.
3. أدرك أنه لا يوجد في هذه الموافقة والإفصاح عن المعلومات الطبية للطلاب ما يهدف إلى إعاقة أو تقليل أو زيادة أو أي تأثير آخر على أي حق لدي كوالد أو وصي قانوني فيما يتعلق بالوصول إلى المعلومات الطبية الخاصة بطفلي.
4. سيظل نموذج الموافقة هذا ساريًا بالنسبة لطالبك حتى التخرج و/أو المغادرة و/أو إنهاء التسجيل في إحدى مدارس FCPS، ما لم تقم بإلغاء هذه الموافقة كتابيًا في أي وقت، باستثناء أن أي إلغاء من هذا القبيل لن يؤثر على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل اعتمادًا على هذه الموافقة.
5. يجوز إعادة الكشف عن أي معلومات تم إصدارها استجابةً لهذه الموافقة لأطراف أخرى.
6. لا يوجد أي علاج طبي أو دفع مشروط بالتوقيع على هذه الموافقة.
7. لديك الحق في الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا.
8. أي فاكس أو نسخة أو نسخة مصورة من هذه الموافقة يجب أن تسمح بالكشف عن المعلومات الطبية للطلاب على النحو المحدود والموصوف هنا.

/ /
(تاريخ التوقيع)

X
(توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني / الطالب المتحرر)