

الخدمات الصحية المدرسية في إدارة الصحة المدرسية بمقاطعة
ليكسينغتون فايث (LFCHD) LEXINGTON-FAYETTE



650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508
هاتف (859) 288-2314
فاكس (859) 288-2313

نموذج المعلومات الصحية للطالب
يُرجى ملء استمارة واحدة لكل طالب

اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____ الاسم الثاني: _____
رقم الضمان الاجتماعي للطالب _____ تاريخ الميلاد: _____

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

الإثنية: 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 _____

شخص يمكن الاتصال به في حالات الطوارئ بخلاف ولي الأمر / الوصي القانوني _____

العلاقة بالطالب _____ الرقم الرئيسي _____ الرقم البديل _____

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

التاريخ الطبي للطالب

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 تُقدم في المدرسة نعم لا _____

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

مقدم الرعاية الصحية الأولية للطالب _____ رقم الهاتف _____

لقد أكملت/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)

خلف الورقة

الخدمات الصحية المدرسية في إدارة الصحة المدرسية بمقاطعة ليكسينغتون

فايت (LEXINGTON-FAYETTE (LFCHD

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. وأدرك أيضًا 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.
3. أقر بموافقتي على قيام الممرضة المدرسية بإجراء فحص بصري لطالبي. وأدرك أن هذا الفحص لا يُعني عن الفحص الشامل للنظر الذي يُجرىه أخصائي العيون.
4. أقر بموافقتي على قيام الممرضة المدرسية بإجراء فحص سمعي لطالبي. وأدرك أن هذا الفحص لا يُعني عن الفحص الشامل للسمع الذي يُجرىه أخصائي السمع.
5. أدرك أنه من خلال التوقيع على هذه الموافقة، أقر بأنني تلتقيت 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.
6. 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 مسبقًا بهذه الخدمة وتقديم موافقة كتابية على تقديم تلك الخدمة، ما لم و/أو باستثناء ما يتوافق مع القانون الفيدرالي، الولاية، أو القانون المحلي.

/ / /
(تاريخ التوقيع)

X

(توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني / الطالب المتحرر)

الموافقة على استلام المعلومات الطبية الخاصة بالطلاب والكشف عنها

1. أوافق بموجب هذا على قيام LFCHD بنشر المعلومات الطبية الخاصة بالطلاب إلى مقدم الرعاية الصحية الأولية الخاص به أو أي مقدم رعاية صحية آخر حسب الضرورة لأغراض العلاج.
2. يتطلب قانون ولاية كنتاكي تطعيمات 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 لطلابك 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. أدرك أن من حقي 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)