



Dublin City School District
مدارس مدينة دبلن
طلب التاريخ الصحي للطالب

Students
5310 F1
Revised 5/20/15
Page 1 of 2
Arabic

- يجب تعبئة الطلب وتوقيعه بواسطة ولي الأمر عند التسجيل للالتحاق في المدرسة.
- يجب ملء الطلب في سجل الطالب الصحي في المباني المدرسية المخصصة لذلك.

المعلومات السكانية

اسم الطالب: _____ تاريخ التسجيل بالمدرسة: _____

الجنس: _____ تاريخ الميلاد: _____
 ذكر أنثى

عنوان الطالب: _____

شارع _____ مدينة _____ ولاية _____ رمز بريدي _____

أسماء أولياء الأمور - الأم: _____ الأب: _____

هاتف: _____ أسماء وأعمار الأشقاء: _____

الأدوية:

أذكر الأدوية اليومية: _____

سبب العلاج: _____

الحساسيات نعم، حدد نوع الحساسية المعروف بالأسفل لا يُعرف لديه حساسية

العلاج	رد الفعل	الاسم والنوع	الحيوانات الدواء البيئية الطعام النحل والدبابير
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

التاريخ الصحي (الرجاء وضع علامة على كل الحالات المصاب بها طفلك أو أصيب بها في الماضي، واطرح أسفلهما)

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> مشاكل جلد | <input type="checkbox"/> مشاكل حيض | <input type="checkbox"/> تأخر نمو | <input type="checkbox"/> اضطراب ضعف التركيز/ADD / اضطراب نقص التركيز وفرط الحركة ADHD | <input type="checkbox"/> مفصلات |
| <input type="checkbox"/> مشاكل معدة | <input type="checkbox"/> مشاكل صحية عقلية | <input type="checkbox"/> مشاكل صحية عقلية | <input type="checkbox"/> سكري | <input type="checkbox"/> الربو |
| <input type="checkbox"/> جراحات | <input type="checkbox"/> صداع نصفي | <input type="checkbox"/> صداع نصفي | <input type="checkbox"/> مشاكل سمع | <input type="checkbox"/> عيب ولادة |
| <input type="checkbox"/> مشاكل تبول | <input type="checkbox"/> قدرات بدنية | <input type="checkbox"/> قدرات بدنية | <input type="checkbox"/> مشاكل قلب | <input type="checkbox"/> اضطراب في الدم |
| <input type="checkbox"/> مشاكل نظر | <input type="checkbox"/> مشاكل في العلاقة | <input type="checkbox"/> مشاكل في العلاقة | <input type="checkbox"/> التهاب كبد | <input type="checkbox"/> مشاكل أمعاء |
| <input type="checkbox"/> أخرى | <input type="checkbox"/> تشنجات، حركات وجه لا إرادية، رعشة | <input type="checkbox"/> تشنجات، حركات وجه لا إرادية، رعشة | <input type="checkbox"/> نوم في مستشفى | <input type="checkbox"/> سرطان |
| | <input type="checkbox"/> مرض خطير | <input type="checkbox"/> مرض خطير | <input type="checkbox"/> مشاكل تعلم | |

المشكلة الصحية التي تم اختيارها _____ عمر الطالب عند تشخيصه _____ تاريخ/تواريخ النوم بالمستشفى _____ أية مشاكل طويلة الأمد _____

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

اسم الطالب: _____

تاريخ الحمل والولادة

عمر الأم عند الولادة: _____

أية مشاكل لدى الأم أو الوليد خلال الحمل؟

مدة الحمل: _____ أسابيع مدة المخاض: _____ ساعات وزن الوليد: _____ باوند أونصة

أية مضاعفات ولادة للأم أو الوليد بعد الولادة؟

تطور الكلام واللغة

هل لديكم مخاوف من إمكانية تعرض طفلكم لاحقا أو إصابته سابقا لمشكلة تطور الكلام أو اللغة؟

ما هي المخاوف؟

أية علاجات للكلام في السابق؟ متى وأين؟

التغذية

هل لديكم مخاوف من تغذية طفلكم؟

أية مخاوف من الوزن؟ هل يتناول طفلكم وجبة الإفطار؟ الغداء؟ العشاء؟

هل لدى طفلكم أية محاذير غذائية؟

مخاوف أخرى

الرجاء مشاركتنا بأية معلومات أو مخاوف عن صحة طفلكم العاطفية أو البدنية أو تطور النمو.

الرجاء مشاركتنا بأية ظروف أو مخاوف سلوكية لديكم عن طفلكم

هل طفلكم خاضع لخطة تعليم خاصة أو خطة بند ٥٠٤ نعم لا

الرجاء التواصل مع موقع أو هايو للاستحقاقات على عنوان www.ohiomh.com أو الاتصال على رقم ٨٦٨٠-٣٢٤-٨٠٠ للاطلاع على إمكانية استحقاقكم التأمين الصحي من Medicaid أو Medicare.

ضع علامة إذا كنت ترغب في اجتماع مع ممرضة المدرسة.

ولي الأمر

اكتب الاسم: _____

ولي الأمر

التوقيع: _____

العلاقة: _____

التاريخ: _____