



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

طلب البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19)

يجب استلام جميع السجلات الطبية قبل الموافقة.

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

المدرسة: _____ الصف: _____ رقم معرف الطالب: _____

تاريخ الطلب: _____

اسم ولي الأمر/الوصي: _____

العنوان البريدي: _____

أرقام الهاتف: المنزل: _____ العمل: _____ الهاتف الخليوي: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف وجهة الاتصال في حالة الطوارئ: _____

اسم الطبيب الرئيسي: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

يكملة ولي الأمر/الوصي:

- ☐ لدى طفلي احتياجات طبية استثنائية/صحة سيئة من شأنها أن تمنعه من العودة بأمان إلى المدرسة في بيئة تعليم شخصي.
- ☐ يقيم طفلي مع فرد (أفراد) لديه احتياجات طبية استثنائية/صحة سيئة، ومن ثمّ سيستفيد من التعليم الافتراضي للحد من التعرض للأفراد الآخرين خلال اليوم الدراسي
- **يجب تقديم الوثائق الطبية****
- إذا حددت أحد المربعات أعلاه، فيرجى التأكيد من خلال تحديد المربع أدناه على أنك سترسل نموذج الإعفاء الطبي من البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19) بحلول 2021/8/27 لإكمال عملية طلب خيار التعلم الافتراضي لطفلك.
- ☐ إذا تم تسجيله في خيار التعلم الافتراضي، فسيحتاج طفلي إلى الوصول إلى جهاز توفره المنطقة التعليمية للمشاركة بنشاط في التعليم الافتراضي.

لقد حصلت على نسخة من الفحص البدني لطفلي وأرفقت ها. ☐ نعم ☐ لا الحروف الأولية من الاسم _____

لن تتم مراجعة الطلب إذا لم تقدم نسخة من الفحص البدني

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____

الاسم بأحرف واضحة:

التاريخ:

تاريخ الميلاد:

اسم الطالب:

رقم معرف الطالب:

الصف:

المدرسة:

يتم إكماله بواسطة مقدم الخدمة: (في حالة الحصول على ماجستير ودكتوراه في العمل الاجتماعي، يجب مشاركة طبيب في التوقيع)

تقدم طفلك المريض بطلب للحصول على البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19). تم تصميم هذا البرنامج للطلاب الذين لديهم اعتبارات طبية استثنائية أو مواقف معيشية تتطلب منهم المشاركة في التعليم الافتراضي. يرجى التأكد من أن طفلك المريض يحتاج إلى التعليم من خلال البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19) قبل إكمال هذا النموذج. يجب إرفاق فحص بدني سنوي (خلال العام الماضي) بهذا الطلب.

التشخيصات الطبية:

الاستشارات النفسية/العقلية: يتطلب البرنامج المدرسي الافتراضي

الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19) بسبب تشخيص للصحة العقلية

الإجراء (الإجراءات) الجراحي:

الدواء (الأدوية):

الوضع الحالي/حالة المريض:

تاريخ الانتهاء المتوقع:

آخر زيارة للعيادة:

كم مرة ترى المريض؟

يتعين على أولياء الأمور تقديم تحديثات طبية كل 90 يومًا أو في نهاية الفصل الدراسي للحصول على التعليم الافتراضي الناتج عن فيروس

كورونا (COVID-19)

لماذا لا يستطيع طفلك المريض طبيًا حضور التعليم الشخصي في فصل دراسي عادي؟

هل يمكن عمل أي وسائل ترتيبات تيسيرية معقولة لإبقاء طفلك المريض في الفصل العادي؟

نعم، ☐

لا، ☐

شكرًا لك على وقتك. يرجى تقديم التحديثات الطبية كما هو مطلوب. يرجى الاطلاع على التعليمات الموجودة في الصفحة 2 عند عودة الطالب إلى المدرسة. يرجى مطالبة أحد الوالدين بالتوقيع على الإفراج الطبي عن المعلومات لمكتبك. يرجى إرسال نسخة مع هذا الطلب.

التاريخ:

توقيع مقدم الرعاية الصحية:

ختم مقدم الخدمة - مطلوب:

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

الفاكس: _____

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

المدرسة: _____ الصف: _____ رقم معرف الطالب: _____

يتم إكماله من قبل المدير الطبي أو من ينوب عنه:

☐ موصى به للموافقة

☐ البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19)

☐ غير مقبول

☐ الفحص البدني مفقود

☐ معلومات أخرى مفقودة

☐ ملاحظات الطبيب مفقودة

☐ نموذج الإفراج الطبي مفقود

☐ أخرى

التوقيع (المدير الطبي أو من ينوب عنه): _____

مراجعة لجنة البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19):

أعضاء اللجنة: _____

التعليقات: _____

التحديثات: _____

☐ مقبول

☐ البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19)

☐ غير مقبول

السبب: _____

1. يعد التعلم الشخصي أمرًا بالغ الأهمية لدعم النجاح الأكاديمي للطلاب، وحسن المعيشة العاطفية، والتنمية الاجتماعية. إن المنطقة التعليمية لمدينة سيراكيوز (Syracuse City School District) متحمسة ومستعدة للترحيب بعودة جميع الطلاب للتعلم الشخصي للعام الدراسي 2021-22.
2. تخطط المنطقة التعليمية للاستفادة من تدابير السلامة الموصى بها والتي أصدرتها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) والأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP) في مباني المنطقة التعليمية لضمان صحة وسلامة الطلاب والموظفين وزوار المدارس. وتشمل التدابير ارتداء الكمامات بشكل إلزامي (بغض النظر عن حالة التطعيم)، والتباعد الجسدي، وزيادة التهوية، والنظافة اليومية، وغسل اليدين المتكرر.
3. سيتم منح الطلاب المعرضين لخطر متزايد للإصابة بمرض شديد من فيروس كورونا (COVID-19) (بما في ذلك أولئك الذين لديهم احتياجات طبية كبيرة أو الذين يقيمون مع الأفراد الذين يعانون من نقص المناعة) خيار تلقي التعليم الأكاديمي الأساسي افتراضيًا. قد توهل الحالات الطبية* التي تزيد من احتمالية الإصابة بمرض خطير من فيروس كورونا (COVID-19) الفرد للتعلم الافتراضي. الحالات الطبية التي لا تزيد من خطر الإصابة بمرض شديد من فيروس كورونا (COVID-19) غير مؤهلة للتعلم الافتراضي. من أجل السماح بالمشاركة القصوى لجميع الطلاب في التعلم الشخصي ومنع انتشار فيروس كورونا (COVID-19)، تم وضع إستراتيجيات التخفيف في مباني المنطقة التعليمية SCSD. وتشمل الإستراتيجيات التصديقات الصحية (البقاء في المنزل عند المرض)، وارتداء الكمامات، ونظافة اليدين، والتباعد الاجتماعي، وآداب التنفس، وأنظمة تنقية الهواء.
4. ستحتاج العائلات إلى التقدم بطلب للحصول على خيار البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19) في موعد لا يتجاوز 2021/8/27 حتى يتمكن الأطفال من المشاركة في موعد أقصاه 20 ديسمبر 2021 للفصل الدراسي الثاني. يجب أن تتضمن جميع مستندات التسجيل نموذجًا طبيًا مكتملاً بواسطة أخصائي طبي مرخص يؤكد أن الطالب إما تعرض لظروف صحية خطيرة أو يقيم مع فرد (أفراد) يعاني من ظروف صحية سيئة.
5. ستعمل القوائم الافتراضية والشخصية حسب الفصل الدراسي. لن يتم إجراء تغييرات أو تعديلات على قوائم الطلاب المسجلين في التعليم الشخصي أو الافتراضي إلا في بداية كل فصل دراسي. لذلك، إذا اخترت أن يشارك طفلك في البرنامج المدرسي الافتراضي الناتج عن فيروس كورونا (COVID-19) في بداية العام الدراسي، فلن يكون لديه خيار العودة إلى التعليم الشخصي حتى يناير 2022.
6. ستكون سياسات وتوقعات الحضور متسقة لجميع الطلاب في المنطقة، بغض النظر عن كيفية تلقي الطالب للتعليم. سيحتاج الطلاب الذين يختارون تلقي التعليم افتراضيًا إلى حضور فصولهم الدراسية بأكملها طوال مدة اليوم الدراسي من أجل الحصول على رصيد (اعتمادات) أكاديمي. ستتم مراقبة حضور الفصول الافتراضية عن كثب وستحدث المتابعة مع العائلات حسب الحاجة.
7. بشكل متزامن: يتم عقد جميع الفصول بشكل متزامن (التعليم المباشر). من المتوقع أن يتواجد الطلاب في فرق لفترات زمنية محددة خلال اليوم الدراسي العادي.
8. يتم تشجيع العائلات على المشاركة في خطة التطوير الأكاديمي الافتراضي لأطفالهم. تشير الأبحاث إلى وجود حاجة واضحة إلى مشاركة الوالدين في تجربة الطفل التعليمية. العائلات التي تشارك في التجربة التعليمية لأطفالها يكتسب أطفالها درجات أعلى، ويظهرون معدلات أسرع في اكتساب معرفة القراءة والكتابة، ويحضرون إلى المدرسة بشكل أكثر انتظامًا، ومن المرجح أن يتخرجوا من المدرسة الثانوية والجامعة.

*أمثلة على الحالات الطبية التي قد تكون مؤهلة للبرنامج المدرسي الافتراضي: مرضى السرطان، والسكري، وأمراض الكلى، وزرع الأعضاء، ونقص المناعة



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

تحويل بالإفصاح عن المعلومات الصحية للمدارس
الرجاء التوقيع على هذا حتى نتمكن من الحصول على المعلومات الصحية من طبيب طفلك.

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ التاريخ: _____

بصفتك ولي الأمر/الوصي على الطفل المذكور، فإن إكمال هذا النموذج يخول لطبيبك، _____ الإفصاح عن
المعلومات السرية المتعلقة بصحة طفلك لمدرسته. (اسم الطبيب)

الغرض من الإفصاح عن هذه المعلومات هو تعزيز التبادل الدقيق للمعلومات الصحية، وأيضًا من أجل تنسيق الرعاية والعلاج مع مدرسة الطفل. هذه معلومات مهمة لأسباب عديدة. على سبيل المثال، قد تحتاج المدرسة إلى معرفة هذه المعلومات من أجل إعطاء الأدوية ومتابعة مرض الطفل ومتابعة التطعيمات.

هذا التفويض يقصر الإفصاح عن المعلومات على ما يلي:

- ☐ معلومات التطعيم
- ☐ تقارير الفحص البدني
- ☐ الاختبارات المعملية
- ☐ الأدوية والعلاجات

لا يسمح نموذج التفويض هذا بالإفصاح عن المعلومات الصحية السرية التي يتم منحها حماية خاصة بموجب القانون. وهذا يشمل المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، ومعلومات تعاطي المخدرات، والمعلومات النفسية والمعلومات الجينية، ويتطلب الإفصاح عن هذه المعلومات نموذجًا محددًا مختلفًا.

سيتم الإفصاح عن المعلومات للمدرسة في المنطقة التعليمية التابعة لها المدرسة المشار إليها أدناه؛ وذلك حتى نخبرنا أن الطفل لم يعد طالبًا مسجلًا في المدرسة. يمكنك إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار مقدم الرعاية الصحية للطفل كتابيًا. يعني إلغاء هذا التفويض أننا لن نفصح بعد الآن عن معلومات الطفل لمدرسته. لن تتأثر الرعاية الصحية للطفل إذا لم تأذن لنا بالإفصاح عن معلوماته للمدرسة. بمعنى آخر، لن نرفض علاج طفلك إذا لم توقع على هذا التفويض. قد يتم الإفصاح عن المعلومات التي نفصح عنها للمدرسة للآخرين من قبل المدرسة، وذلك إذا لم تكن المدرسة مطالبة بموجب القانون بحماية سرية هذه المعلومات. يُرجى الاحتفاظ بنسخة لسجلاتك.

اسم الطفل (بحروف واضحة) _____ تاريخ الميلاد _____

اسم ولي الأمر/الوصي (بحروف واضحة) _____ العلاقة _____

توقيع ولي الأمر/الوصي _____ المدرسة _____

يُرجى إعادة هذا النموذج مع طلبك.