

315-435-4031	مدرسة دكتور كينج ماجنيت
315-435-4030	مدرسة دكتور ويكس
315-435-4452	مدرسة ديلاوير الابتدائية
315-435-6431	مدرسة ويست سايد أكاديمي آت بلودجيت
315-435-4410	مدرسة فاوالت الثانوية
315-435-6266	مدرسة إتش دبليو سميث
315-435-4040	مدرسة جرانت الإعدادية
315-435-4102	مدرسة فرانكلين ماجنيت

عزيزي ولي الأمر/الوصي:

تُقدم خدمات رعاية صحية أساسية شاملة إلى أطفالك مباشرة في المدرسة.

تقدم مؤسسة Syracuse Community Health Center والمنطقة التعليمية لمدينة سيراكيوز خدمات طبية وصحة أسنان وصحة عقلية في مدرسة طفلك من خلال برنامج *School Based Health Center* (المركز الصحي المدرسي).

وتتوفر مجموعة كاملة من خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وهي تتضمن الخدمات التالية:

- الفحوص البدنية والطبية (الفحوص الرياضية وفحوص الوثائق الرسمية)
- اللقاحات
- خدمات الأسنان، والتنظيف، وإختام السني، والعلاجات، والكشف بالأشعة السينية
- الصحة العقلية
- علاج الأمراض الحادة والعاجلة أو الإصابات البسيطة.

أفضل ما في الأمر هو أن هذه الخدمات ستُقدم دون تكبد أي تكاليف مباشرة سواء كان لطفلك تغطية صحية أم لا. لا ضرورة من تغيير مقدم الرعاية الصحية الأساسية الخاص بك، ولن تُطبق عليك أي عقوبة بأي حال من الأحوال للتسجيل في برنامج *School Based Health Center*.

أمر أساسي أن يكون الطفل بصحة جيدة عندما يتعلق الأمر بالتعلم والنمو. ونحن نوفر الوصول إلى الرعاية الصحية بأسهل سبيل ممكن، ونعتقد اعتقاداً قوياً بأنه لا طفل يجب أن يواجه أي صعوبات أكاديمية بسبب الافتقار إلى الرعاية الصحية.

نحن نشجعك على الاستفادة من برنامج الرعاية الصحية هذا المخصص للأطفال. إذا كان طفلك يخضع لتغطية تأمينية حالياً، فلا داعي للدفع المشترك؛ حيث سنتولى الدفع إلى شركة التأمين مقابل الخدمات. أما إذا كان طفلك غير مؤمن عليه، فسوف نساعدك على تحديد أهليته لخطة *Child Health Plus*. إذا كان لديك تأمين، فمن الضروري أن تزودنا بمعلومات التأمين الخاصة بطفلك في وقت التسجيل بحيث يمكننا سداد الفواتير بشكل مناسب للخدمات التي يوفرها البرنامج.

يُرجى الاتصال برقم الهاتف المبين أعلاه الخاص بمدرسة طفلك للتحدث إلى الممرض المتابع لـ *School Based Health Center*، أو الذهاب إلى الموقع الإلكتروني الخاص بنا على www.schny.com/sbhc.

قبل أن يتمكن طفلك من المشاركة، يُرجى استكمال النماذج المرفقة بحزمة الرسائل هذه، وإعادتها إلى مدرسة طفلك. شكرًا لك على وقتك. نحن نتطلع لتلبية احتياجات طفلك من الرعاية الصحية.

مع خالص التحيات،

مع خالص التحيات،

ليولا رودجرز
رئيسة ومديرة تنفيذية

جايمي أليسيا
مراقب عام

SchoolsSyracuse Community Health Center

المنطقة التعليمية لمدينة سيراكيوز

اسم المدرسة:

للإستخدام المكتبي فحسب	رقم مكتب نظم معلومات الطالب:	السجل الطبي رقم:
بيانات الطالب		بيانات ولي الأمر/الوصي
<p>اسم الطالب الأخير: _____</p> <p>اسم الطالب الأول: _____</p> <p>اسم الطالب الأوسط: _____</p> <p>تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ الشهر / اليوم / السنة</p> <p>رقم الضمان الاجتماعي للطالب: _____</p> <p>مدرسة الطالب: _____</p> <p>الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> الصف _____</p> <p>العرق/الأصل العرقي: <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> هندي أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي/سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> غير ذلك _____</p> <p>اللغة المفضلة: _____</p> <p>هل يواجه طفلك صعوبة مع اللغة الإنجليزية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>عنوان الطالب: _____</p> <p>الشقة: رقم _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____</p>		<p>اسم الأم _____</p> <p>الأخير: _____ الأول: _____ تاريخ _____</p> <p>الميلاد: _____</p> <p>اسم الأب _____</p> <p>الأخير: _____ الأول: _____ تاريخ _____</p> <p>الميلاد: _____</p> <p>اسم الوصي الشرعي، إذا كان ينطبق الأخير: _____ الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____</p> <p>علاقة الوصي الشرعي بالطالب <input type="checkbox"/> جد/جدة <input type="checkbox"/> عم أو خال/عمة أو خالة <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> <p>معلومات الاتصال للوالد أو الوصي هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____</p> <p>الهاتف الخليوي: _____</p> <p>البريد الإلكتروني: _____</p> <p>جهة اتصال إضافية للطوارئ الاسم: _____</p> <p>العلاقة بالطالب: _____ هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____</p> <p>الهاتف الخليوي: _____</p>
بيانات التأمين		بيانات مقدم الخدمة
<p>هل طفلك مشترك في تأمين Medicaid؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم: رقم معرف Medicaid _____</p> <p>هل طفلك مشترك في تأمين Child Health Plus؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم: رقم معرف CHP _____</p> <p>أي خطة Medicaid/Child Health Plus مشترك فيها؟ <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> UHC Community Plan <input type="checkbox"/> أخرى _____</p> <p>هل لدى الطالب تغطية صحية من خلال جهة العمل أو أي نوع آخر من التأمين؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، خطة صحية: _____</p> <p>معرّف العضوية/رقم بوليصة التأمين: _____</p> <p>رقم هاتف جهة الخطة الصحية: _____</p> <p>هل طفلك مشترك في تأمين صحة أسنان؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، خطة صحة الأسنان: _____</p> <p>معرّف العضوية/رقم بوليصة التأمين: _____</p> <p>رقم هاتف جهة الخطة الصحية: _____</p> <p>هل تود أن يتصل بك ممثل لدى إحدى المنظمات المجتمعية أو خطط التأمين الصحية لذوي الدخل المنخفض المعتمدة من ولاية نيويورك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>		<p>هل لدى الطالب طبيب يزوره بشكل منتظم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم:</p> <p>الاسم: _____</p> <p>الهاتف: _____</p> <p>العنوان: _____</p> <p>هل لدى الطالب طبيب أسنان يزوره بشكل منتظم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم:</p> <p>الاسم: _____</p> <p>الهاتف: _____</p> <p>العنوان: _____</p> <p>يرجى تحديد الصيدلية المناسبة لك، من أجل تحويل أي وصفات طبية ضرورية إلى هذه الصيدلية إلكترونياً.</p> <p>اسم الصيدلية: _____</p> <p>عنوان الصيدلية: _____</p> <p>هاتف الصيدلية: _____</p>
<p>المربع 1. موافقة ولي الأمر على خدمات SCHOOL-BASED HEALTH CENTER. يرجى توقيع الصندوق 1 و2 لاستكمال التسجيل</p> <p>لقد قرأت وفهمت الخدمات المقدمة في مراكز School-Based Health Centers، وبشكل توقيعي موافقة على تلقي طفلي الخدمات التي يقدمها مركز School-Based Health Center التابع لمؤسسة SCHC. ملاحظة: وفقاً للقانون، لا تعتبر موافقة ولي الأمر مطلوبة لإجراء الفحوص الإلزامية، وتقديم علاج الإسعافات الأولية، ورعاية ما قبل الولادة، والخدمات المتعلقة بالسلوك الجنسي ومنع الحمل، وتوفير الخدمات حيثما يبدو أن صحة الطفل عرضة للخطر.</p> <p>لا تعتبر موافقة ولي الأمر مطلوبة للطلاب البالغين من العمر 18 عاماً فأكثر أو الطلاب الذين يكونون أولياء أمور أو متحررين قانوناً. يشير توقيعي إلى أنني حصلت على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية.</p> <p>X</p> <p>توقيع ولي الأمر/الوصي (أو الطالب إذا كان عمره 18 عاماً فأكثر أو مُصرخاً له قانوناً) _____</p> <p>التوقيع بحروف واضحة _____ التاريخ _____</p>		
<p>المربع 2. موافقة ولي الأمر الممثلة لقانون إكمانية نقل ومساءلة التأمين الصحي (HIPAA) للكشف عن المعلومات الصحية</p> <p>لقد قرأت وأتفهم الكشف عن المعلومات الصحية الواردة في الصفحة 2 من هذا النموذج. يشير توقيعي إلى موافقتي على الكشف عن هذه المعلومات الطبية كما هو محدد.</p> <p>X</p> <p>توقيع ولي الأمر/الوصي _____</p> <p>(أو الطالب إذا كان عمره 18 عاماً فأكثر أو مُصرخاً له قانوناً)</p> <p>اسم ولي الأمر/الوصي مكتوب بحروف واضحة _____ التاريخ _____</p>		
<p>المربع 3. خيار الموافقة على خدمة HEALTH E CONNECTIONS</p> <p>أوافق على هذا الاختيار. لقد حددت صندوقاً واحداً على يمين الاختيار الذي قررت. أستطيع ملء هذا النموذج الآن أو في المستقبل. أستطيع أيضاً تغيير قراري في أي وقت.</p> <p><input type="checkbox"/> أُمِنِح SCHC موافقتي للوصول إلى جميع المعلومات الصحية الخاصة بي من خلال HealthConnections لتوفير خدمات الرعاية الصحية.</p> <p><input type="checkbox"/> لا أُمِنِح مؤسسة SCHC موافقتي للوصول إلى المعلومات الصحية الإلكترونية الخاصة بي من خلال HealthConnections إلا في حالات الطوارئ الطبية.</p> <p><input type="checkbox"/> لا أُمِنِح مؤسسة SCHC موافقتي للوصول إلى المعلومات الصحية الإلكترونية الخاصة بي من خلال HealthConnections لأي غرض، حتى في حالة الطوارئ الطبية.</p> <p>X</p> <p>توقيع ولي الأمر/الوصي _____</p> <p>اسم ولي الأمر/الوصي مكتوب بحروف واضحة _____ التاريخ _____</p>		

SCHOOL BASED HEALTH CENTER الموافقة على خدمات

أمنح موافقتي لأن يتلقى طفلي خدمات الرعاية الصحية/صحة الأسنان/الصحة العقلية من قبل موظفي برنامج School Based Health Center التابع لمؤسسة SCHC، بما يتضمن ذلك:

- الفحوص البدنية الكاملة (الفحوص البدنية الإلزامية، الفحوص الرياضية، فحوص الوثائق الرسمية)
- الإسعاف الأولي وتقييم الأمراض الحادة، والوصفات الطبية عند الضرورة
- الاختبارات المعملية عند الضرورة للكشف عن مرض أو عدوى
- فحص السمع، والبصر، وانحراف العمود الفقري، وضغط الدم
- اللقاحات وحقن الحساسية (بموجب أمر اختصاصي أمراض الحساسية)
- فحص الأسنان، والعلاجات بالفلورايد، والعلاجات الوقائية (التنظيف)، والختام السني، والأشعة السينية، والتثقيب والاستشارات حول صحة الأسنان
- رعاية المشكلات الجلدية
- استشارات الصحة العقلية
- التثقيب الصحي، واستشارات حول التغذية والوزن
- استشارات حول المشكلات الشخصية والأخرى المتعلقة بالمدرسة
- الإحالة إلى هيئات خارجية (اختصاصيين، استشاريين، وما إلى ذلك) لتقديم خدمات غير متوفرة في مركز School Based Health Center

تتضمن الخدمات الإضافية المقدمة إلى المراهقين، ما يلي:

- الاستشارات حول تعاطي الكحول والمخدرات والوقاية منها، والاستشارات الأسرية
- استشارات حول البلوغ، وضغط الأقران، والاتصال واتخاذ القرار المسؤول (بما يتسق مع المبادئ التوجيهية)
- خيارات إسداء المشورة حول وسائل منع الحمل بما في ذلك الامتناع عن النشاط الجنسي ومنع الحمل، وذلك عند الضرورة أو بناءً على طلب ولي الأمر أو الوصي

أنا أفوض بالكشف عن المعلومات الطبية ومعلومات صحة الأسنان والصحة العقلية اللازمة لشركة التأمين المعنية بغرض معالجة المطالبات، وأصرح بإرسال أي مدفوعات تأمينية إلى مؤسسة Syracuse Community Health Center.

إذا كان مقدم الرعاية الصحية الأولية (PCP)/طبيب الأسنان الخاص بطفلي ليس تابعاً لمؤسسة SCHC، فأنا أفوض بالكشف عن المعلومات الطبية (المقدمة في نموذج التسجيل في School Based Health Center) إلى مقدم الرعاية الصحية الأولية الخاص بطفلي ما لم يُحدد غير ذلك.

أنا أفهم أنه سيُبدل كل جهد ممكن للاتصال بي قبل توفير أي معالجة تتطلب موافقة ولي الأمر وفقاً لقانون ولاية نيويورك. لا يتطلب قانون ولاية نيويورك موافقة ولي الأمر على العلاج أو المشورة فيما يتعلق بتعاطي الكحول أو المخدرات، أو إسداء المشورة فيما يخص الصحة العقلية، أو الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، أو الحمل أو منع الحمل. ويتفهم موظفو برنامج School Based Health Center التابع لمؤسسة SCHC، أن من الأهمية بمكان إشراك أولياء الأمور. ووفقاً لذلك، سيشرح الموظفون كل طالب على إشراك ولي الأمر أو الوصي في كل الاستشارات وقرارات الرعاية الطبية/رعاية الأسنان.

موافقة ولي الأمر الممثلة لقانون إكمانية نقل ومساعدة التأمين الصحي (HIPAA) للكشف عن المعلومات الصحية

بالتوقيع على نموذج الموافقة هذا، أنت تعطينا الإذن باستخدام والكشف عن معلومات صحية محمية عنك أنت أو طفلك بغرض العلاج وعمليات الدفع وعمليات الرعاية الصحية باستثناء أي من القيود المحددة أدناه المتفق عليها. **تعد المعلومات الصحية المحمية** هي معلومات يمكنها تعريف الفرد بعينه والتي تقوم بإنشائها أو تلقيها (بما في ذلك المعلومات الديموغرافية، وتلك المتعلقة بالصحة البدنية/صحة الأسنان أو الصحة العقلية الخاصة بك)، والتي يكون الغرض منها توفير خدمات الرعاية الصحية لك، وتحصيل المدفوعات نظير الخدمات الطبية وخدمات صحة الأسنان والاستشارات المقدمة لك/طفلك.

يوفر إشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بنا معلومات حول كيفية استخدامنا والكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك/طفلك. يحق لك استلام نسخة من الإشعار قبل التوقيع على نموذج الموافقة هذا. بالتوقيع على نموذج الموافقة هذا، أنت تقر بأنك تلتقيت/أحطت علمًا بإشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا.

يحق لك طلب تقييد كيفية استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك/طفلك أو الكشف عنها بغرض العلاج أو عمليات الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. لا يُشترط علينا الموافقة على أي قيود، ولكن إذا وافقتنا، فنحن ملزمون بالاتفاقية المبرمة بيننا. إذا كنت ترغب في وضع قيد، فيرجى طلب نسخة من نموذج "المطالبة بوضع القيد" الخاص بنا.

إذا لم توقع نموذج الموافقة هذا، فيحق لنا أن نرفض تقديم أي علاج لك ما لم يقرر اختصاصي رعاية صحية مرخص أنك/أن طفلك بحاجة إلى علاج طارئ أو أننا ملزمون بموجب القانون بمعالجتك/بمعالجة طفلك. ونحن مطالبون بتوثيق أي طرف لا نحصل فيه على موافقتك، ولكن يحق لنا متابعة تقديم العلاج. سنقدم لك نسخة من هذه الوثائق إذا قررت عدم التوقيع على نموذج الموافقة هذا.

يحق لك إلغاء هذه الموافقة، خطياً، ولكن ليس فيما يخص حالات الكشف التي مارسناها بالفعل استناداً إلى موافقتك المسبقة. ويجوز لك أن تطلب استخدام نموذج "التفويض بالكشف عن المعلومات" لدينا بغرض التقدم بطلب لإلغاء موافقتك أو يمكنك ببساطة إرسال رسالة خطية بذلك إلينا.

أنا أدرك أن الصور الفوتوغرافية أو أشرطة الفيديو أو التسجيلات الرقمية أو غيرها من مواد التصوير قد يتم تسجيلها/التقاطها لتوثيق رعاية طفلي، وأوافق على ذلك. ولن يتم الكشف عن و/أو استخدام الصور التي تحددي خارج المؤسسة إلا بناءً على إذن خطي مني أو من ممثلي القانوني.

HEALTH E CONNECTIONS بيانات الموافقة على خدمة

أطلب أن يتم الوصول إلى المعلومات الصحية المتعلقة بالرعاية والعلاج كما هو موضح في هذا النموذج. ويمكنني اختيار إما السماح أو عدم السماح لـ **Syracuse Community Health Center** بإمكانية الوصول إلى سجلاتي الطبية من عدة أماكن حيث يمكنني الحصول على الرعاية الصحية باستخدام الشبكة الحاسوبية على مستوى الولاية. وتعد الموافقة، فإنه يمكن الوصول إلى سجلاتي الطبية من عدة أماكن حيث يمكنني الحصول على الرعاية الصحية باستخدام الشبكة الحاسوبية على مستوى الولاية. وتعد **HealthConnections** منظمة غير هادفة للربح والتي تشارك المعلومات المتعلقة بصحة الأشخاص إلكترونياً وتلبي معايير الخصوصية والأمن لقانون "إكمانية نقل ومساعدة التأمين الصحي"، وقانون ولاية نيويورك. لمعرفة المزيد، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <http://healthconnections.org>. يجوز الوصول إلى المعلومات الخاصة بي في حالة الطوارئ، إلا إذا أكملت هذا النموذج وحددت خانة الاختيار رقم 3، والذي ينص على عدم موافقتي على ذلك حتى في حالة الطوارئ الطبية. لن يؤثر الخيار الذي أقرره على قدرتي على الحصول على الرعاية الطبية. إنما الخيار الذي أقرره بهذا النموذج لا يسمح لشركات التأمين الصحي بالوصول إلى المعلومات الخاصة بي لغرض اتخاذ قرار بشأن ما إذا كنت ستزودني بتغطية التأمين الصحي أو دفع فواتيري الطبية.

تاريخ الصحة الأساسي

اسم الطفل	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الصف	المدرسة
-----------	-----------------------------	------	---------

عزيزي ولي الأمر/الوصي: صحة طفلك تهمنا. للوصول إلى فهم أفضل لاحتياجات طفلك من الرعاية الصحية فيما يتعلق بالرعاية المستمرة وفي حالة الطوارئ، فيرجى الإجابة على الأسئلة الآتية:

نعم	لا	الحساسية:
		هل لدى طفلك حساسية ضد أي أدوية؟ إذا كان نعم، فيرجى التحديد:
		هل لدى طفلك حساسية ضد أي أطعمة؟ إذا كان نعم، فيرجى التحديد:
		إذا كان نعم، فهل لدى طفلك المحقن Epi-pen؟
نعم	لا	هل سبق أن أصيب طفلك بأي مشكلات خطيرة أو مزمنة؟
		الربو
		اضطراب نقص الانتباه
		اكتئاب أو قلق (ضع دائرة حول أحدهما أو كليهما، إن كان أصيب من قبل بلغظ القلب)
		اضطراب الصرع
		فقر الدم المنجلي
		أخرى:
		هل يتناول طفلك أي أدوية بشكل منتظم؟ إذا كان نعم، فيرجى التحديد بالاسم/الأسماء والنظام العلاجي:
		هل سبق أن تم حجز طفلك في المستشفى أو خضع لجراحة؟ إذا كان نعم، فلماذا؟
		هل سبق أن أصيب طفلك بمرض الجديري؟ إذا كان نعم، السن _ السنوات _

نعم	لا	تتطلب إدارة الصحة في ولاية نيويورك أن نطرح الأسئلة التالية حول خطر الإصابة بالسل
		هل سبق أن أصيب طفلك بمرض السل أو كان اختبار الجلد إيجابياً لمرض السل؟ إذا كان نعم، السن _ السنوات
		هل تعرض طفلك لأي شخص مُصاب بمرض السل؟ إذا كان نعم، متى؟ من؟ _
		هل اتصل طفلك عن قرب أو عاش مع شخص كانت نتيجته إيجابية في اختبار الجلد لمرض السل؟ إذا كان نعم، متى؟ من؟ _
		هل عاش طفلك في الولايات المتحدة لفترة أقل من 5 سنوات؟ إذا كان نعم، أين؟ _
		هل سافر طفلك خارج الولايات المتحدة لأكثر من شهر واحد؟ إذا كان نعم، السن _ أين؟
		هل سافر طفلك إلى/أو استخدم منتجات (الفخار المزجج أو العلاجات الشعبية أو مستحضرات التجميل أو الأغذية أو التوابل) من هايتي أو المكسيك أو باكستان أو جمهورية الدومينيكان أو بنجلاديش؟

هل عاني أحد أفراد عائلتك سواء، متوفى أو على قيد الحياة، من إحدى المشكلات الآتية؟ حدد كل ما ينطبق	الأم	الأب	شقيق	جد/جدة
الربو				
البول السكري				
أزمة قلبية أو سكتة دماغية قبل سن 45 عاماً				
ارتفاع الكوليسترول				
تدخين التبغ				
السجائر/السيجار				
أخرى:				

مع من عاش طفلك أغلب الوقت؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق:				
كلا الوالدين	الأم فقط	الأب فقط	زوجة الأب	زوج الأم
الجد/الجدة/قريب بالغ آخر:	شقيقات والأعمام	أخرى أطفال الأعمام	والد/والدة بالتبني	أخرى الوصي
في السنة الماضية، هل طرأ أي تغيير على أسرتك؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق:				
زواج	انفصال	طلاق	فقدان وظيفة	انتقال إلى حي جديد
مدرسة جديدة	حالات ولادة	مرض خطير	حالات وفاة	أخرى

سنقوم دائماً بإبلاغك إذا كان طفلك مريضاً للغاية أو بحاجة إلى ترك المدرسة أو السعي للحصول على رعاية عاجلة. يُرجى دائماً إعلامنا في حال تغيرت معلومات الاتصال الخاصة بك.

في حال قدوم طفلك إلى مركز school-based health center، وهو به ألم خفيف أو أي أعراض خفيفة أخرى، فسوف نقدم إليه إحدى الأدوية التالية المتاحة دون وصفة طبية إلا إذا كان لدى طفلك حساسية محددة.

س	(Ibuprofen (Motrin أو (Acetaminophen (Tylenol)
ن	للتسكين الألم في حالات مثل الصداع أو الطمث
ذ	Maalox للألم المعدة أو العثيان
ل	(Loratadine (Claritin للحساسية الموسمية

قصارى جهندا لإعلامك، إما عن طريق الاتصال بك أو عن طريق إرسال خطاب إلى المنزل مع طفلك.

إذا كنت لا تريد أن يتلقى طفلك أي أدوية متاحة بدون وصفة طبية دون التحدث إلى مقدم الخدمة الطبية أولاً، فيرجى تحديد المربع أدناه. إذا حددت هذا المربع، وتعدر علينا الوصول إليك عن طريق الهاتف، فلن يتلقى الطفل العلاج وستتم إعادته إلى الفصل الدراسي. □

العلاقة بالطفل

التوقيع

تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة) الاسم
(حدد إذا كان الطفل في رعاية بالتبني □)