

المدارس العامة ببرينتري (Braintree Public Schools)

التاريخ الطبي

(يجب تعبئتها بواسطة الوالد/ ولي الأمر)

الاسم	الأول	الأوسط	الأخير
العنوان	_____		
استمارة التحويل	_____		
تاريخ الميلاد	_____		
اسم الأب	_____		
اسم الأم	_____		
عدد الأطفال الآخرين في العائلة	_____		
الاسم	تاريخ الميلاد _____		
الاسم	تاريخ الميلاد _____		
يعيش الطفل (ة) مع:	<input type="checkbox"/> الوالدين <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> شخص آخر		
الصف	_____		
المدرسة	_____		
الهاتف	_____		
تاريخ اليوم	_____		
مدينة/ ولاية الميلاد	_____		
الوظيفة	_____		
الوظيفة	_____		
اللغة الأساسية المتحدث بها في المنزل	_____		
الاسم	تاريخ الميلاد _____		
الاسم	تاريخ الميلاد _____		

هل كانت هناك أية مضاعفات عند الميلاد؟ نعم لا إذا أُجبت بنعم، نرجو وصفها: _____

هل يعاني هذا الطفل من أي مما يلي: إذا أُجبت بنعم، نرجو التوضيح:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> الربو | <input type="checkbox"/> كسور/ المكان/ التاريخ |
| <input type="checkbox"/> حساسية (أدرجها) | <input type="checkbox"/> استخدام قلم إيبينفرين (Epi-Pen) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> مشكلات في القلب | <input type="checkbox"/> الإلتهاب الكبدي |
| <input type="checkbox"/> مشكلات في الكلى | <input type="checkbox"/> انحراف العمود الفقري جانبياً |
| <input type="checkbox"/> السكرى | <input type="checkbox"/> مشكلات سمعية <input type="checkbox"/> أجهزة للسمع |
| <input type="checkbox"/> نوبات الصرع | <input type="checkbox"/> مشكلات بصرية <input type="checkbox"/> نظارة <input type="checkbox"/> عدسات لاصقة |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك | |

هل يتناول الطفل أية أدوية؟ إذا أُجبت بنعم، اذكر الأدوية وسبب تناولها _____

هل يمكن للتلميذ المشاركة في برنامج التربية البدنية بأكمله؟ نعم لا إذا أُجبت بلا، وضح لماذا

طبيب العائلة _____ طبيب الأسنان الخاص بالعائلة _____

أعطي الإذن لممرضة المدرسة بتبادل المعلومات الطبية المذكورة أعلاه مع موظفي المدرسة على النحو المناسب لصحة طفلي وسلامته. نعم لا

توقيع الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر _____

نرجو إعادة الاستمارة المكتملة إلى ممرضة المدرسة