

STUDENT HEALTH HISTORY التاريخ الصحي للطلاب

عزيري الوالد/الوالدة :

إن إستمارة التاريخ الصحي ستستخدم للتعرف على الطلاب الذين لديهم مشاكل صحية ومساعدتهم في مشاكلهم الصحية . المشاركة تطوعية . من فضلك قم بإرجاع الإستمارة بعد تكميلها إلى المدرسة لتقدم إلى ممرضة المدرسة .

Student's Name اسم الطالب _____ Sex الجنس _____ Birth Date تاريخ الميلاد _____
(Last) الاسم الأخير (First) الأول (Middle) الأوسط

Teacher/Homeroom name اسم مدرس الفصل _____ Grade Level المرحلة الصفية _____

Address العنوان _____

Parent/Legal Guardian ولي الأمر / الوصي القانوني _____

Parent/Contact # رقم الإتصال بالوالدين () أو () _____

* من فضلك قدم أرقام التليفونات للتواصل في حالة الإحتياج إلى التحقق أو الشرح لبعض المعلومات في هذه الإستمارة . شكراً لك

1) Name of Provider _____ Date of last check-up _____

اسم الطبيب أو العيادة

تاريخ آخر فحص طبي

Purpose of examination (check ✓ one): _____ Routine physical _____ Illness/Surgery (تخير واحدة من فحص (من فضلك حدد) سبب الفحص

(فضلك بوضع

فحص روتيني

عمليات جراحية / مرض

(من فضلك حدد)

2) Does your child have a health problem? (check ✓ where appropriate)

هل لدى طفلك مشكلات صحية ؟ (ضع علامة صح أمام الإختيارات الملائمة)

My child has **no health problems** .which would affect his/her school day

ليس لدى طفلي مشاكل صحية تؤثر على يومه المدرسي

_____ (please list **Nuts, Bees, Food, Other**) Allergies to

حساسية من (مكسرات ، لدغات النحل ، بعض الأطعمة ، أشياء أخرى) اسرد كل مسببات الحساسية

ما الذي يحدث? What happens?

Is epinephrine prescribed? Yes _____ No _____

هل موصوف له الإيدرنالين؟ نعم لا

Asthma, is inhaler? Yes _____ No _____ Home only? _____ need at school? _____ How often has been used in the last year? _____ Date of last asthma episode? _____

الربو (حساسية الصدر) ، هل موصوف له بخاخة ؟ نعم لا في البيت فقط ؟ كم مرة استخدمتها في العام الماضي ؟ تاريخ آخر مرة أصبت بها بأزمة حساسية ؟

Has your child gone to the hospital for asthma? Yes _____ No _____ when? _____ How long did they stay? _____

هل ذهب طفلك إلى المستشفى بسبب الحساسية/الأزمة ؟ نعم لا أين ؟ و لأي مدة بقي في المستشفى؟

Diabetes السكري Type 1 _____ Type 2 _____ What medication taken? _____ ما هي الأدوية التي تؤخذ ؟

Seizures – what type? _____ Date of last seizures? _____

نوبات – أي نوع ؟

تاريخ آخر نوبة ؟

Is Diastat prescribed? Yes _____ No _____ Home only? _____ Need at school? _____

Diastat هل موصوف له دواء؟ نعم لا في البيت فقط ؟ يحتاج إليه في المدرسة ؟

Behavior/Emotional(ADHD, Depression) (مرض الإكتئاب) ، اضطراب نقص الإنتباه مع فرط النشاط ، مشاكل سلوكية/ عاطفية

Catheterization قسطره

Censer/Leukemia (سرطان/لوكيميا (سرطان الدم)

Sickle cell Anemia (مرض فقر الدم (أنيميا)

Hear Problems Which problem? _____ Date diagnosed? _____

مشاكل في القلب ، ما هي المشكلة؟

تاريخ التشخيص؟

Is it resolved now? Yes ____ No ____ What are the exercise restrictions your doctor has told you? _____

هل تم حلها الآن؟ نعم ____ لا ____ ما هي القيود التي أخبرك بها طبيبك عن التمارين الرياضية؟ _____

Any other condition you would like to tell us about _____

هل لديك أي حالة أخرى تود أن نخبرنا عنها _____

3) Does your child take medication? ____yes ____no Name of medication: _____
هل يأخذ طفلك أدوية؟ نعم لا اسم الدواء

4) Has your child been hospitalized for any reason since birth? ____yes ____no If yes please explain: _____
هل دخل ابنك للمستشفى منذ الولادة إلى الآن لأي سبب؟ نعم لا إذا كانت إجابتك بنعم ، من فضلك اشرح

5) Is there anything more about your child's health that you think is important for us to know?
هل هناك أي شيء آخر حول صحة طفلك تعتقد أنه من المهم بالنسبة لنا أن نعرفه؟

Parent's Signature توقيع ولي الأمر

Date التاريخ