

## الخدمات صحية مدرسية - التصريح لمعالجة الطفل الصغير

المركز الصحي المدرسي هو شراكة بين كير استي ال هيلث ومدارس ريتنور. من خلال إكمال هذا النموذج واختيار الخدمات ، فإنك تمنح ترخيصاً لتقييم و علاج طفلك. بالإضافة إلى ذلك ، فإنك تمنح الإذن باطلاق المعلومات عن طفلك (مثل الدرجات ، وسجلات الحضور ، و الرمز التعليمي ، وخطط 504 ، والتاريخ الصحي الأساسي) من كير استي ال هيلث ومدارس ريتنور. سيبقى نموذج التفويض هذا في ملف السجل الطبي لطفلك للرجوع إليه في المستقبل. تحتفظ لنفسك بالحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت.

اختار وامنح اذن لكير استي ال بمعالجة طفلي و بموجبه :إعطاء اللقاحات و / أو الأدوية المطلوبة التي يحددها المزود كونها ضرورية لرفاهية طفلي. العناية الصحية / طب الأسنان (أشر على المربع المعني)

لقاحات المناعة

تعليم الوقاية الصحية

الفحص الجسدي (يشتمل على الفحص الرياضي الجسدي)

العناية بأسنان الاطفال ( تتوفر هذه الخدمات في

تقييم وفحص وعلاج الامراض والجروح الصغيرة

الحشو و قلع الاسنان مانع للتسرب والتاج والماس الفضي  
من الفلوريد حسب الحاجة)

اختار وامنح ترخيص لكير استي ال لمعالجة طفلي و بموجبه اعطي اذن لخدمات السلوك و الارشاد الصحي حسب ما يحدده المزود لرفاهية طفلي

لا اختار ولا اريد ان يعالج كير استي ال هيلث طفلي لعلاج الطبي , الاسنان اوخدمات السلوك الصحي

اسم الطفل \_\_\_\_\_ المواليذ \_\_\_\_\_ اسم المدرسة \_\_\_\_\_

معلومات وموافقة الابوين\الحامي القانوني

العنوان \_\_\_\_\_ # التلغون \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_

الرجاء املئ: التاريخ الطبي

تاريخ اخر فحص طبي جسدي \_\_\_\_\_ تاريخ اخر فصي اسنان \_\_\_\_\_

حساسية العلاج والطعام \_\_\_\_\_

الامراض والعمليات الطبية السابقة \_\_\_\_\_

اسم الدكتور الرئيسي للطفل \_\_\_\_\_ # التلغون \_\_\_\_\_

خطة التامين الطبي \_\_\_\_\_ رقم سياسة التامين الطبي \_\_\_\_\_

اسم الشخص الرئيسي على سياسة التامين الطبي \_\_\_\_\_ # رقم المجموعة \_\_\_\_\_

خطة التامين على الاسنان \_\_\_\_\_ الصيدلية المفضلة \_\_\_\_\_

**For CareSTL Health Staff Use Only:**

I attest that the medical history has been completed. Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_