DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS

The School District of Philadelphia

SHERBIMI SHENDETESOR I SHKOLLES

School Health Services

KERKESE PER INFORMACION MJEKESOR/REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION

Emri i nxënësit */Student's Name*: _____ Dhoma/Libri */Room/Book*_____

Datëlindja */DOB*: _____ Shkolla*/School*: _____

I dashur Prind, ose Kujdestar:

Ligji i Pensilvanisë kërkon që të mbahen rekorde shëndetësore për çdo nxënës. Në vazhdim, nga çdo nxënës kërkohet të testohet nga Infermieri i Certifikuar i Shkollës për shikimin, dëgjimin dhe Rritjen. Nxënësit që nuk i kryejnë këto teste në shkollë, mund t'i kryejnë nga shërbimet e tjera jashtë shkollës, për vlerësim të mëtejshëm.

Ne kërkojmë disa informacione nga nga mjekët përkatës për problemet e mësipërme , që ti kemi në rekordet e shkollës. Ju lutemi kërkoni nga mjeku juaj, që të plotësojë formularin bashkëngjtur dhe ta kthejë në shkollë sa më shpejt. Informacioni që kërkojmë është i çekuar (shënuar).

___Rekordet e Vaksinimit/*Immunization record*.

___Egzaminimi Fizik/Physical exam (MEH-1).

___Egzaminimi Dentar/Dental exam (MEH-155).

___Raporti i Vizitës Shëndetësore/Report of Visit to Health Services (M-34).

___Kontolli i Shikimit/ Vision Screening Referral (M-144). Formulari për Mjekun Specialist të Syve.

___Raporti i Dëgjimit/Hearing Test Report (M-117). Formulari për Mjekun Specialist të Veshëve.

___Kërkesë për Administrimin e Mjekimit/Request for Administration of Medication (MED-1). Ky formular duhet të plotësohet nga mjeku për çdo nxënës që merr mjekime në shkollë. Prindi, ose Kujdestari duhet gjithashtu të firmosin.

___Miratim për lejimin e Informacionit/ Consent for Release of Information. (M-68). Nese ju dëshironi që infermieri i shkollës të kontaktojë direkt mjekun tuaj, ju lutemi firmoseni këtë formular. Ju duhet të shënoni edhe emrin, adresën dhe numrin e telefonit të mjekut tuaj.

_x_Përjashtim nga Orët e Edukimit Fizik/ Physical Education Medical Exemption (MEH-23)

___Të tjera/Other_____

Ju lutemi, më kontaktoni nëse dëshironi asistencë në gjetjen e mjekut, ose të merrni siguracion të shëndetit.
Infermieri i shkollës*/School Nurse*_____
Telefon*/Phone*_____ Faks*/Fax*_____

Për informacione dhe dokumente të tjerë të përkthyera në Gjuhën Shqipe, ju lutemi vizitoni uebsajtin: www.philasd.org/language/albanian