

درخواست اطلاعات پزشکی

نام دانش‌آموز: \_\_\_\_\_ اتاق/کتاب: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ مدرسه: \_\_\_\_\_

ولی/سرپرست عزیز:

قانون ایالتی پنسیلوانیا ملزم می‌دارد که کلیه مدارس سوابق بهداشتی تک تک دانش‌آموزان را در بایگانی نگهداری کنند. بعلاوه، هر دانش‌آموز حق دارد توسط پرستار تأییدشده مدرسه از نظر بینایی، شنوایی و رشد معاینه شود. دانش‌آموزانی که در این معاینات امتیاز مناسب را کسب نکنند جهت بررسی و ارزیابی بیشتر به ارائه‌دهنده خدمات مراقبت بهداشتی مناسب ارجاع داده می‌شوند.

ما به اطلاعاتی از سوی ارائه‌دهنده خدمات مراقبت بهداشتی شما برای به‌روزرسانی سوابق بهداشتی فرزندتان در مدرسه نیاز داریم. لطفاً از پزشک خود بخواهید فرم پیوست را تکمیل کرده و آن را در اسرع وقت به پرستار مدرسه تحویل دهید. اطلاعاتی مبنی بر اینکه نیازهای فرزندتان بررسی شده است.

\_\_\_\_\_ سوابق واکسیناسیون

\_\_\_\_\_ معاینه بدنی (MEH-1).

\_\_\_\_\_ معاینه دندان (MEH-155).

\_\_\_\_\_ گزارش مراجعه به مراکز خدمات بهداشتی (M-34).

\_\_\_\_\_ ارجاع غربالگری بینایی‌سنجی (M-144). این فرم را نزد یک متخصص چشم ببرید.

\_\_\_\_\_ گزارش شنوایی‌سنجی (M-117). این فرم را نزد پزشک یا متخصص گوش ببرید.

\_\_\_\_\_ درخواست تجویز دارو (MED-1). این فرم باید توسط پزشک‌تان برای هر دانش‌آموزی تکمیل شود که در مدرسه دارو

مصرف می‌کند. ولی یا سرپرست نیز باید این فرم را امضا کند.

\_\_\_\_\_ رضایتنامه نشر اطلاعات (M-68). اگر مایلید پرستار مدرسه مستقیماً با پزشک‌تان تماس بگیرد، لطفاً این فرم را امضاء کنید.

همچنین باید نام، آدرس و شماره تلفن پزشک‌تان را ارسال نمایید.

\_\_\_\_\_ معافیت پزشکی تربیت بدنی (MED-23)

\_\_\_\_\_ سایر \_\_\_\_\_

اگر برای یافتن یک پزشک یا دریافت بیمه درمانی به کمک نیاز دارید، لطفاً با من تماس بگیرید.

پرستار مدرسه: \_\_\_\_\_

تلفن: \_\_\_\_\_

فکس: \_\_\_\_\_