

منطقة فيلادلفيا التعليمية M-34 (REV.3/2007) Comm. Code 61602445241	اسم الطالب الأخير /Student Last Name Name	الاسم الأول /First Name	التاريخ /Date	
	اسم المدرسة /Name of School	الصف /Grade	الغرفة /Room/Bk No.	
<p>TO THE PARENT/GUARDIAN:</p> <p>The School Nurse reports that your child was seen in the health room for the illness/injury indicated below:</p> <p> <input type="checkbox"/> Headache /وجع رأس <input type="checkbox"/> Sore throat /وجع حلق <input type="checkbox"/> Minor cut /جرح بسيط <input type="checkbox"/> Bump/bruise /كدمة/نتوء <input type="checkbox"/> Stomachache /وجع بطن <input type="checkbox"/> Pencil/pen stick /غرزة قلم <input type="checkbox"/> Major cut /جرح كبير <input type="checkbox"/> Emotional/behavioral issue /مشاكل نفسية/سلوكية <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting /غثيان/مراجعة <input type="checkbox"/> Joint injury /إصابة مفصل <input type="checkbox"/> Head Injury /جرح رأس <input type="checkbox"/> Menstrual cramps /تشنجات حيض <input type="checkbox"/> Other /غيرها <input type="checkbox"/> Eye injury /إصابة بالعين <input type="checkbox"/> MEH-51 (Table Model Attached) </p> <p>المعالجة <input type="checkbox"/> Ice /ثلج <input type="checkbox"/> Acetaminophen /اسيتامينوفين <input type="checkbox"/> Ibuprofen /ايبوبروفين <input type="checkbox"/> Cleansed/Bandage /تنظيف/تضميد <input type="checkbox"/> Rest /راحة <input type="checkbox"/> Counseled /تقديم نصح </p> <p>تم عمل فحص كامل قام به طبيب المدرسة/ممرضة المدرسة</p> <p>ملاحظات/Comments: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Recommended follow-up-contact your doctor : <input type="checkbox"/> At once for emergency treatment /حالا لغرفة الطوارئ <input type="checkbox"/> As soon as possible /بأسرع وقت ممكن <input type="checkbox"/> If condition does not improve /إذا لم تتحسن الحالة <input type="checkbox"/> Note from doctor is required /مطلوب مذكرة من الطبيب <input type="checkbox"/> Other /غيرها </p>				
توقيع ممرضة المدرسة /SIGNED-SCHOOL NURSE	الهاتف /Phone	توقيع ممرضة/طبيب المدرسة /SIGNED-SCHOOL PHYSICIAN/SCHOOL NURSE PRACTIONER		

تقرير طبيب العائلة /**REPORT BY FAMILY DOCTOR**

التشخيص /**DIAGNOSIS:**

المعالجة /**TREATMENT:**

تاريخ المتابعة /**DATE OF FOLLOW-UP VISIT:** _____

توقيع الطبيب / DOCTOR'S SIGNATURE	التاريخ / DATE SIGNED
اسم الطبيب / DOCTOR'S PRINTED NAME	رقم الهاتف / PHONE NUMBER

تقرير الأهل/الأوصياء /**REPORT BY PARENT/GUARDIAN**

توقيع الأهل / PARENT'S SIGNATURE	التاريخ / DATE SIGNED
---	------------------------------

لمزيد من الوثائق والمعلومات المترجمة إلى العربية، إذهب إلى الموقع على الانترنت www.philasd.org/language/arabic