

ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ФИЛАДЕЛЬФИИ
The School District of Philadelphia
ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА
School Health Services

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОВЕРОК И ОСМОТРОВ ШКОЛЬНЫМ ПЕДИАТОРОМ
ИЛИ ШКОЛЬНОЙ МЕДСЕСТРОЙ/ PERMISSION FOR EXAMINATION AND TESTS BY SCHOOL
PHYSICIAN/SCHOOL NURSE PRACTITIONER**

Имя и фамилия учащегося/ <i>Pupil</i>	Класс/ <i>Grade</i>	Комната/ <i>Room/Book</i>	Школа/ <i>School</i>
---------------------------------------	---------------------	---------------------------	----------------------

По закону учащиеся школ Пенсильвании должны проходить регулярные медицинские осмотры и осмотры дантиста. Для прохождения этих осмотров мы рекомендуем вам обращаться к своему лечащему врачу и дантисту. Если у вас нет лечащего врача или дантиста, или если вы хотите, чтобы ваш ребенок проходил осмотры в школе, пожалуйста, подпишите настоящее разрешение.

Я разрешаю школьной медсестре предоставлять моему ребенку следующие услуги/*I give permission for the school physician/school nurse practitioner to provide the following services to my child:*

- Вести историю болезни */Health history*
- Проводить общие осмотры ребенка */Brief physical examination*
- Проводить проверку */Screening tests for:*
 - _ роста */growth*
 - _ зрения */vision*
 - _ способности различать цвета */color vision*
 - _ слуха */hearing*
 - _ развития */development*
- Проводить оценку здоровья и развития вместе с учителем */teacher assessment of health and progress*
- Знакомить ребенка с элементарными понятиями и правилами, касающимися здоровья */Health care teaching*
- Давать медицинские консультации */Health counseling*
- Я приду в школу на медосмотр и заполню историю болезни Да/Yes Нет/No
/I wish to be present for the health history and physical examination

Подпись родителя/опекуна */Signature of Parent/Guardian*

Дата/Date Signed

- Мой ребенок будет проходить осмотры у своего лечащего врача. Пожалуйста, передайте мне бланк справки о прохождении медосмотра для заполнения нашим врачом */I will take my child to my own physician. Please send me a Private Physician Report to be completed by my doctor.*

Подпись родителя/опекуна */Signature of Parent/Guardian*

Дата/Date Signed

Ознакомьтесь с переведенными на русский язык документами и с информацией на русском языке можно на сайте www.philasd.org/language/russian