DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS

The School District of Philadelphia

HISTORI E SHENDETIT TE NXENESIT */STUDENT MEDICAL HISTORY*

EMRI I NXENESIT */NAME OF STUDENT*	GRUPI/*CLUSTER*	DATA */DATE*
EMRI I SHKOLLES/*NAME OF SCHOOL*	DHOMA/LIBRI/SEKSIONI/*RM/BK/SEC*	KLASA/*GRADE*

I dashur Prind/Kujdestar:

Ligji i Pensilvanisë kërkon që të gjithë fëmijët që fillojnë shkollën të kryejnë një kontroll, kur fillojnë shkollën dhe përsëri në shkollën 8-vjeçare dhe të mesme.

Infermieri i shkollës mund t'ju ndihmojë me informacion rreth siguracionit të shëndetit. Ka plane siguracioni falas, ose me kosto të ulët, për të cilat familja juaj mund të kualifikohet. Ju lutemi merreni formularin bashkëngjitur te mjeku juaj, ose klinika, kur të sillni fëmijën tuaj për kontroll dhe kthejeni atë të plotësuar te infermieri i shkollës deri më_____ （data e kthimit të formularit/*Date to return this form*.

INFERMIERI I SHKOLLES */SCHOOL NURSE*_____

HISTORI E SHENDETIT TE NXENESIT-PLOTESOHET NGA PRINDI/KUJDESTARI /STUDENT'S MEDICAL HISTORY-TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

*1.*A keni siguracion shëndeti? */Do you have health insurance?* ☐Po */Yes* ☐Jo/*No*
Cili është emri i siguracionit */What is the name of your insurance?*_____

*2.*Ku do ta dergoni fëmijën për kontroll? */Where do you take your child for checkups?*_____
Tel. /*Ph*_____Faks /*Fax*_____

*3.*Data e kontrollit të fundi të fëmijës? */Date of child's last physical examination?*_____

*4.*Kush është dentisti i fëmijës? */Where do you take your child for dental care?*_____
Tel./*Phone*:_____Faks/*Fax*_____

*5.*Data e kontrollit të fundit dentar? */Date of child's last dental examination?*_____

*6.*A merr ilaçe tani fëmija juaj? */Does your child take any medicine now?* ☐ Po */Yes* ☐ Jo */No* *Nëse po,Shënoni më poshtë/ If yes,list below*

- Ilaçi ***/Medicine***_____ Sa herë/*How often*_____ Arsyeja/*For what*_____
- Ilaçi ***/Medicine***_____ Sa herë /*How often*_____ Arsyeja /*For what*_____
- Ilaçi ***/Medicine***_____ Sa herë/*How often*_____ Arsyeja /*For what*_____

*7.*A është alergjik fëmija juaj? */Is your child allergic to anything?* ☐ Po */Yes* ☐Jo */No*
Nëse po, nga çfarë? /*If yes, to what?* _____

*8.*A ka pengesa fëmija juaj për aktivitetet fizike? */Does your child have any activity restrictions?* ☐ Po */Yes* ☐ Jo */No*
Nës po, jepni shpjegime/*If yes, explain*_____

ÇEKONI NDONJE PROBLEM QE KA PATUR FEMIJA: CHECK ANY PROBLEM YOUR CHILD HAS HAD:

__ Azmë /Asthma
__ Anemi /Anemia
__ Artrit /Arthritis
__ Sjelljeje/Emocionale /Behavior/Emotional
__ Çregullime gjaku/Blood Disorders
__ Kancer /Cancer
__ Lija në moshën___//Chicken Pox at age___
__ Dentare /Dental

__ Diabet /Diabetes
__ Drogë/Alkool/ /Drug/Alcohol
__ Egzemë/Eczema
__ Ftoje të shpeshta /Frequent Colds
__ Vështirësi në Dëgjim /Hearing Difficulty
__ Zemër /Heart
__ Tension të Lartë/High Blood Pressure
__ Në spital（operuar） /Hospitalized-Surgery

__ Probleme në të mësuar /Learning Problem
__ Sëmundje Mushkërie /Lung Disease
__ Helmim nga Plumbi /Lead Poisoning
__ Meningjit/Meningitis
__Muskulare/Koçkash/Kyçesh/ Muscle/Bone/Joint
__ Handikap fizik /Physical Handicap
__ Lindje e parakohëshme （<5lb./Premature birth, <5lb.)

__ Kriza/Seizures
__ Vështirësi në të folur /Speech Difficulty
__ Tuberkuloz/Tuberculosis
__ Problem shikimi /Vision Problems
__ Urinim/Probleme veshkash/ Urination/Kidney Problem

Komente të tjera/Additional comments

_____

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