

## موافقة ولي الأمر/الوصي بشأن الخدمات الصحية المدرسية

يتعين إكمال هذا النموذج من قبل ولي الأمر/الوصي وإعادته إلى المدرسة للموافقة على أن يتلقى الطالب المذكور أدناه أيًا من الخدمات الصحية المدرسية المدرجة أدناه. يجب إكمال جميع العناصر.

رقم الطالب	الاسم الأول للطالب	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	النوع	تاريخ الميلاد
الاسم الأول لولي الأمر/الوصي	اسم العائلة	رقم الهاتف	الصلة بالطالب		

وفقًا للفصل 1014.06(1) من قانون فلوريدا (Florida Statute (F.S.))، يجب على ولي الأمر أو الوصي القانوني التصريح بتقديم خدمات الرعاية الصحية لابنه الطالب من قبل ممارس رعاية صحية أو من ينوبه، كما هو محدد في الفصل 456.001 و1006.062 من قانون F.S. وذلك في حال ظهرت حاجة إلى ذلك العلاج، وفي أثناء وجود ابنه الطالب تحت إشراف المدرسة.

عند الضرورة، سيتم إجراء الخدمات الصحية الطارئة مثل الإسعافات الأولية أو الإنعاش القلبي الرئوي (cardiopulmonary resuscitation (CPR)) أو استخدام مزيل رجفان آلي خارجي (automated external defibrillator (AED))، وذلك حتى وصول الخدمات الطبية الطارئة إلى حرم المدرسة.

حدد خيار نعم أو لا لكل خدمة:

خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الرعاية والعلاج في حالة المرض والإصابة:  نعم  لا

نعم - ستصرح الإجابة بتقديم هذا العلاج، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الإصابات أو الأمراض الشديدة أو الطفيفة التي تم الإبلاغ عنها أو ملاحظتها أثناء وجود الطالب في المدرسة. وسيشير عدم الإجابة إلى "لا"، رفض علاج الرعاية الصحية.

لا - سيؤدي اختيار هذه الإجابة إلى الاتصال بولي الأمر/وصي الطالب لاصطحابه في جميع الحالات التي توجد فيها مخاوف طبية. وسيكون هذا في جميع الحالات التي يشعر فيها الطالب بأنه مريض أو يعاني من صداع أو إصابات، مثل الجروح أو الخدوش أو الخبطات أو الكدمات. سيتم الاتصال بالخدمات الطبية الطارئة (Emergency Medical Services (EMS)) في حالة وقوع أي حالة تُعد خطيرة.

فحص السمع:  نعم  لا

فحص الجنف:  نعم  لا

فحص النمو والتطور (مؤشر كتلة الجسم):  نعم  لا

فحص النظر:  نعم  لا

ملاحظة: سيكون هذا النموذج مطلوبًا، بالإضافة إلى تصريح من طبيب، حتى يتسنى لموظفي عيادة المدرسة أو موظفي المدرسة إعطاء الأدوية اليومية أو الموصوفة حسب الحاجة أو التي لا تحتاج إلى وصفة طبية، أو تنفيذ الإجراءات الطبية، أو تقديم العلاج الطبي.

أدرك أن هذه الموافقة ستظل نافذة حتى ينتقل الطالب المذكور اسمه أعلاه إلى منطقة مدرسة أخرى أو يتخرج أو حتى أشير كتابةً إلى رغبتني في إلغاء هذه الموافقة بشأن الخدمات الصحية المدرسية.

التاريخ

اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة

توقيع ولي الأمر/الوصي