



STUDENT SUPPORT UNIT
JEFFERSON PARISH SCHOOLS

وحدة دعم الطلاب
مدارس جيفرسون باريش
822 S. Clearview Parkway
Harahan, La 70123

Dr. James Gray
Superintendent

Ajit "AJ" Pethe
Chief of Schools

مراكز الصحة المدرسية في
جيفرسون باريش

Chateau Estates School
4121 Medoc Drive
Kenner, LA 70065
Phone: 504-667-4007

Douglass Community
School
1400 Huey P. Long Ave.
Gretna, LA 70053
Phone: 504-371-4651

East Jefferson
High School
400 Phlox Street
Metairie, La 70001
Phone: 504-457-5238

Haynes Academy 4301
Grace King Place
Metairie, La 70002
Phone: 504-561-3571

Strehle Community
School
178 Millie Drive
Avondale, La 70094
Phone: 504-437-7920

لعائلات الطلاب في المدارس التالية :
مدرسة شاتو إستيتس ، مدرسة دوغلاس المجتمعية ، مدرسة إيست جيفرسون الثانوية ، أكاديمية هاينز و
مدرسة ستريبل المجتمعية
**Chateau Estates School, Douglass Community School, East Jefferson
High School, Haynes Academy & Strehle Community School**

الوالدين / الاوصياء الاعزاء :

يسعدنا أن نعلن أن مراكز الصحة المدرسية ستستمر في تقديم خدمات الصحة السلوكية في خمسة مواقع .
سيكون موظفو الصحة السلوكية المرخصون لدينا متاحين في المدرسة لعلاج طفلك لأي مشكلة صحية
سلوكية قد تنشأ في المدرسة . يوجد في كل مدرسة أخصائي اجتماعي متاح خلال ساعات الدراسة العادية ؛
الأخصائي الاجتماعي متاح لتقديم التقييمات و التوجيه و المشورة حسب الحاجة . سيكون لدينا أيضًا خدمات
الطب النفسي المتاحة عن طريق مقابلة و تحديد ميعاد مسبق .

في الوقت الحالي ، ليس لدينا خدمات طبية في الموقع في مدرسة شاتو إستيتس أو مدرسة دوغلاس المجتمعية
أو مدرسة إيست جيفرسون الثانوية أو أكاديمية هاينز أو مدرسة ستريبل المجتمعية . سيتمكن الطلاب
المسجلين في هذه المواقع من الوصول إلى الخدمات الطبية في أحد مواقع شركائنا للحصول على خدمات
لوبيزينا الصحية إذا لزم الأمر .

الغرض من المركز الصحي هو إبقاء الطلاب في المدرسة و السماح لأولياء الأمور بالبقاء في العمل . توجد
المراكز الصحية في العديد من المدارس في جميع أنحاء الولاية و تقدم خدماتها بنجاح للطلاب لأكثر من 20
عامًا .

يرجى ملء نموذج الموافقة المرفق بعناية إذا كنت ترغب في الاستفادة من العيادة . يجب أن يكون الوالدين أو
الواصي هو الشخص الذي يطبع و يوقع اسمه على نموذج الموافقة . لا يمكن رؤية طفلك في المركز الصحي
دون استمارة موافقة كاملة . إذا كان نموذج الموافقة غير مكتمل ، فسيتم إعادته لك لاستكمال . سيكون
نموذج الموافقة ساريًا طوال فترة تسجيل طفلك في مدارس جيفرسون باريش في مدرسة تخدمها المراكز
الصحية التابعة إلى مدارس جيفرسون باريش . سنرسل لك نموذجًا من صفحة واحدة كل عام لتحديث
المعلومات المهمة .

إذا كانت لديك أي أسئلة ، فلا تتردد في الاتصال بالمركز الصحي أو الاتصال بي مباشرة .

Miriam Paiz-Wahl
Miriam Paiz-Wahl, LCSW-BACS
Coordinator of School Based Health Centers
Email: Miriam.Paiz-Wahl@jpschools.org
(504) 736-7356 (office)



Jefferson Parish School Based Health Center
CONSENT & ENROLLMENT FORM

مراكز الصحة في مدارس جيفرسون باريش
نموذج التسجيل و الموافقة

المدرسة : _____ الصف الدراسي : _____

اسم الطالب : _____ رقم الضمان الاجتماعي : _____

الاسم الاخير الاسم الاول اول حرف من اسم الأب

تاريخ ميلاد الطالب : _____ السن : _____ النوع : _____

العنوان : _____ المدينة : _____ الرقم البريدي : _____

اللغة المفضلة : الانجليزية _____ الاسبانية _____ الفرنسية _____ أخرى _____

العرق : أبيض _____ أسود / أمريكي من أصل أفريقي _____ آسيوي _____ الهنود الحمر / سكان ألaska _____ من سكان هاواي / جزر المحيط الهادئ _____
أكثر من أصل او عرق _____ الاصل : اسباني أو لاتيني _____ من غير أصل إسباني أو لاتيني _____

جهات الاتصال في حالات الطوارئ :

ولي الأمر / الوصي 1 : _____ القرابة : _____ رقم الهاتف : _____ (تليفون البيت / الجوال) _____ (العمل) _____

ولي الأمر / الوصي 2 : _____ القرابة : _____ رقم الهاتف : _____ (تليفون البيت / الجوال) _____ (العمل) _____

إتصال في حالة الطوارئ : _____ القرابة : _____ رقم الهاتف : _____ (تليفون البيت / الجوال) _____ (العمل) _____

البريد الإلكتروني للتسجيل للوصول إلى الصفحة الرئيسية : _____

التأمين : ميديك إبيد تأمين تجاري (خاص) لا تأمين

اسم شركة التأمين : _____

رقم هوية بوليصة التأمين : _____

ضع دائرة على واحد : Aetna * Healthy Blue LA * LA Healthcare Connections * United Healthcare * Humana * AmeriHealth Caritas

رقم مجموعة التأمين : _____ رقم التليفون : _____

اسم صاحب البوليصة : _____ القرابة بالطالب : _____

تاريخ ميلاد حامل الوثيقة : _____ رقم الضمان الاجتماعي لحامل الوثيقة : _____

هل يدفع تأمينك ثمن الوصفات الطبية ؟ نعم لا

يرجى إرفاق نسخة من بطاقة التأمين الخاصة بك من الجهة الأمامية و الخلفية بهذا الطلب الخاص بخدمات الصحة المدرسية . يتم تقديم الخدمات للطلاب دون دفع تكاليف من الجيب على أولياء الأمور . سيتم إرسال فواتير الدفع إلى التأمين / ميديكيد .

الصيدلية المفضلة (الاسم و الموقع) _____ رقم التليفون : _____

مقدم الرعاية الأولية للطالب : _____ رقم التليفون : _____

يرجى وضع علامة إذا كان الطالب ليس لديه مقدم رعاية أولية

معالج الطالب أو الطبيب النفسي : _____ رقم التليفون : _____

مقدم خدمات طب الأسنان للطالب : _____ رقم التليفون : _____

هل يمكنك الوصول إلى هاتف ذكي أو جهاز لوحي أو جهاز كمبيوتر ؟ نعم _____ لا _____ هل لديك وصول WIFI لانترنت ؟ نعم _____ لا _____

يرجى الملاحظة : جميع إشعارات خصوصية المريض و الموافقة المستنيرة لخدمات التطبيب عن بعد متاحة عند الطلب و يتم نشرها على صفحة المركز الصحي المدرسي عبر

الإنترنت على jpschools.org/SBHC

MEDICAL HISTORY التاريخ الطبي

(يرجى وضع علامة على أي عنصر ينطبق على التاريخ الطبي لطفلك) تاريخ المريض

ضع علامة لو لديه ✓		ضع علامة لو لديه ✓		ضع علامة لو لديه ✓	
	ADHD		Heart Issues (e.g. Heart Murmur)		Speech Problems
	Allergies		Hearing Problem		Substance Use
	Anemia		High Blood Pressure		Stomach Problems
	Asthma		Headaches/Migraines		Smoker
	Birth Defect: _____		Kidney Problems		Seizures/Epilepsy
	Bleeding Disorders		Learning Disabilities		Thyroid Problems
	Bone or Joint Problems		Major Injuries		Tonsillitis/Strep
	Chicken Pox (if no, vaccine date) _____		Mental Health Diagnosis (e.g. depression, anxiety): _____		UTI/Urinary tract infections
	Diabetes or Pre-Diabetes		Palpitations		Vision Problem
	Dizziness/Fainting		Premature Birth		Other: _____
	Ear Infection		Shortness of breath		Other: _____

(يرجى وضع علامة على أي عنصر ينطبق على التاريخ الطبي للعائلة) تاريخ العائلة

ضع علامة لو لديه ✓		ما صلة القرابه ؟	ضع علامة لو لديه ✓		ما صلة القرابه ؟
	Alcoholism/Drug Use			Genetic Disorder: _____	
	Allergies (insects, food, drug, etc)			Heart Attack Before Age 55	
	Anemia			Heart Disease	
	Asthma			High Blood Pressure	
	Bleeding Disorders			Mental Health Problem List: _____	
	Cancer			Seizures	
	Depression-Suicide			Tuberculosis	
	Diabetes or Pre-Diabetes			Other: _____	

الحساسية + الأدوية

حساسية الطلاب

<u>الحساسية (قائمة الأدوية و الأغذية و الحشرات و غيرها من أنواع الحساسية)</u>	<u>رد الفعل</u>

أدوية الطلاب

<u>اسم الدواء</u>	<u>قوة الجرعة</u>	<u>التردد (كم مرة)</u>

المستشفيات و الجراحات	لو نعم ✓	السنة أو العمر	المستشفى	سبب الإقامة في المستشفى أو الجراحة
هل سبق لطفلك دخول المستشفى بسبب حالة طبية؟				
هل خضع طفلك لعملية جراحية من قبل؟				استئصال الزائدة الدودية استئصال اللوزتين و / أو استئصال اللحمية إصلاح الفتق (العظام) النوع: (جراحة أخرى) النوع:

الصحة السلوكية	لو نعم ✓	إذا كانت الإجابة بنعم ، رجاء التوضيح
هل يأخذ طفلك دواءً لعلاج اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه أو الاكتئاب أو مشاكل الصحة العقلية الأخرى؟		
هل هناك أي مشاكل تتعلق بالصحة السلوكية أو مخاوف في هذا الوقت؟		
أي احتياجات خاصة يجب أن تكون على علم بها؟		
هل سبق لطفلك دخول المستشفى بسبب حالة صحية عقلية؟		

مراكز الصحة المدرسية في جيفرسون باريش الأدوية المتاحة و غير الموصوفة من دكتور

تمت الموافقة على الأدوية التالية التي لا تستلزم وصفة طبية * من قبل طبيب المركز الصحي ليتم إعطاؤها لطفلك من قبل الممرضة المسجلة إذا لزم الأمر :

Acetaminophen (Tylenol)	Glucose Gel or Tablets	Neosporin
Ammonia Inhalants	Guaifenesin or Guaifenesin DM	Oral Pain Relief Gel (Orajel or Anbesol)
Anti-nausea Liquid (Emetrol)	Hydrocortisone 1% Cream or Ointment	Pepto Bismol
Acid reliever for stomach (Pepcid or Zantac)	Hydrogen Peroxide	Sore Throat Lozenges
Bacitracin	Ibuprofen (Advil)	Sterile Water
Benadryl (Diphenhydramine)	Isopropyl Alcohol	Stik It Skin Adherent
Benzoin Topical	Imodium	Sudafed PE (Phenylephrine HCl 10 mg Tabs)
Betadine Solution	Loratadine (Claritin)	Tums
Caladryl Clear	Lotrimin AF	Vaseline
Calamine Lotion	Maalox	Vitamin A&D Ointment
Chloraseptic Spray	Medicaid	Visine eye drops
Cough Drops	Mylanta	Zyrtec
Debrox (Ear Wax Removal Drops)	Nasal Relief Spray	
Eye Wash Solution	Natural Tears	

* يمكن الاستبدال بالأدوية المطابقة .

أنا أوافق على أن هذا الطالب قد يتلقى جميع الأدوية المعروضة في المركز الصحي المدرسي باستثناء تلك التي كتبها هنا :

بيان السياسة و الإجراءات :

سيطلب المركز الصحي القائم على مدارس جيفرسون باريش (SBHC) نموذج موافقة / تسجيل مكتمل لتسجيل طالب للحصول على الخدمات في SBHC . سيكون نموذج الموافقة و التسجيل الكامل هذا مفيداً للطالب طالما أنه يحضر إلى المدرسة داخل نفس المنطقة التعليمية . قد يطلب SBHC من الوالدين / الواسي القانوني إكمال نموذج تحديث سنوي . يجب أن يكون لدى جميع الأطفال القاصرين ، قبل تلقي الخدمات ، نموذج موافقة الوالدين الحالي في الملف ، مع الاستثناءات التالية : المرضى الذين تم تحديدهم قانونياً أو أي شخص يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكبر . تظل جميع نماذج موافقة الوالدين جزءاً من السجل الطبي الدائم . قد يتم رفض نماذج الموافقة ذات التوقعات المشكوك فيها وفقاً لتقدير الموظفين في SBHC . يُعرّف الوالدين أو الواسي على أنه إما الوالد الطبيعي أو الوالد بالتبني ، في حالة الطلاق ، أو الوالد صاحب الحضانة القانونية ، أو الوالد غير الحاضن إذا كان الآخر غير متاح . إذا لم يكن هناك أمر محكمة ، يمكن لأي من الوالدين الموافقة . يجوز للوالدين بالتبني إعطاء الموافقة لمن يعولهم و لكن يجب عليهم إبراز وثيقة موقعة من الوالدين الطبيعيين أو المحكمة . لا يجوز للأزواج و الأجداد و الأقارب الآخرين إعطاء الموافقة ما لم يتمكنوا من تقديم وثيقة تثبت أن لديهم حضانة قانونية .

يلتزم SBHC بقانون لويزيانا 37:1262 R.S . لاستخدام الخدمات الصحية عن بعد في ممارسة تقديم الرعاية الصحية و التشخيص و الاستشارة و العلاج و نقل البيانات الطبية باستخدام التكنولوجيا التفاعلية .

أنا أفهم أن مكتب الصحة العامة (" OPH ") ، برنامج الصحة المدرسية للمراهقين يوفر الإشراف إلى SBHC ، وكجزء من مثل هذا البرنامج ؛ مطلوب من SBHC تقديم معلومات إلى OPH . لذلك ، فإننا نوافق إلى SBHC على الكشف عن المعلومات إلى OPH أو وكيلها فيما يتعلق بالتشغيل و التمويل و المراقبة المستمرة للمراكز الصحية المدرسية . أوافق إلى SBHC على الكشف عن المعلومات إلى مكتب الصحة العامة ، أو وكيلها ، فيما يتعلق بالتشغيل و التمويل و المراقبة المستمرة إلى SBHC s

السرية : يلتزم SBHC بجميع القوانين الحالية المتعلقة بسرية الخدمات الصحية بشكل عام و خاصة فيما يتعلق بخدمات القصر . جميع السجلات الطبية و الصحية العقلية تكون سرية و سيتم الاحتفاظ بها وفقاً لتوجيهات قانون التأمين الصحي لقابلية النقل و المساواة (HIPAA) . أنا أوافق على تبادل المعلومات الصحية ذات الصلة بين جيفرسون باريش SBHC و المزود الطبي الشخصي للطالب عند الإحالة للحصول على رعاية طبية . قد أطلب نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية للمؤسسة الذي يصف كيفية استخدام المعلومات الصحية و مشاركتها . أنا أفهم أن جيفرسون باريش لها الحق في تغيير هذا الإشعار في أي وقت . يمكنني الحصول

على نسخة حديثة عن طريق الاتصال مباشرة أو الاتصال بالرقم 8996-349-504

قانون لويزيانا 40:31.3 R.S ينص على ما يلي: يُحظر على المراكز الصحية في المدارس : (1) تقديم المشورة أو الدعوة إلى الإجهاض بأي شكل من الأشكال أو إحالة أي طالب إلى أي منظمة لتقديم المشورة أو الدعوة إلى الإجهاض . (2) توزيع في أي مدرسة عامة أي موانع حمل أو عقار أو جهاز أو أي منتج مشابه آخر مسبب للإجهاض . من أجل الإبلاغ عن انتهاكات الحظر المفروض على الاستشارة أو الدعوة أو الإحالة بشأن الإجهاض ؛ أو توزيع موانع الحمل أو أجهزة العقاقير المجهضة أو غيرها من المنتجات المماثلة ، اتصل ببرنامج المراهقين للصحة المدرسية في مكتب الصحة العامة على الرقم 504.568.3504 بتوقيعك على هذه الموافقة ، فإنك توافق إلى SBHC على تقديم الرعاية الصحية الأولية و الشاملة و الوقائية و الفحوصات البدنية و التطعيمات و الفحوصات الصحية و الفحوصات المخبرية / التشخيصية و اختبار STI الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي و المتابعة و الرعاية الحادة للأمراض البسيطة و الإصابات بما في ذلك الأدوية ، إذا تم تحديد ذلك ، رعاية الأسنان (إن وجدت) ، إدارة الأمراض المزمنة ، خدمات الصحة السلوكية ، التنقيف الصحي و الوقاية ، إدارة الحالات ، الإحالة و المتابعة لحالات الطوارئ ، الإحالة إلى الرعاية المتخصصة ، تقييمات المخاطر ، و خدمات الرعاية الصحية عن بعد .

أنا ، بصفتي ولي أمر / واسي قانوني ، أفهم أنني لن أتحمّل أي رسوم مقابل أي من الخدمات المقدمة في SBHC . أفهم أيضاً أن جيفرسون باريش SBHC ، خدمات لويزيانا الصحية ، أو مقدم الخدمات الطبية يجوز لهم إرسال فاتورة إلى مبيدكيد أو مزودي التأمين الآخرين مقابل هذه الخدمات . أنا أفوض / أحيل مدفوعات الفوائد المصرح بها مباشرة إلى جيفرسون باريش SBHC و / أو خدمات لويزيانا الصحية . أنا أفهم أن SBHC يتم إدارتها بواسطة نظام المدارس العامة في جيفرسون باريش و موظفيها و المتعاقدين معها ، خدمات لويزيانا الصحية .

يقر توقيعك أنا أنه أعطي الإذن لهذا الطالب لتلقي الخدمات التي يقدمها SBHC . هذه الموافقة سارية المفعول أثناء تسجيل الطالب في مدرسة عامة في المنطقة المدرسية هذه ما لم يتم إخطار SBHC كتابياً بأنني لم أعد أرغب في تلقي الطالب للخدمات .

صلة القرابة للطالب

الاسم المطبوع لولي الأمر / الواسي القانوني (أو الطالب فوق سن 18)

التاريخ

توقيع ولي الأمر / الواسي القانوني (أو الطالب فوق سن 18)

يمكن إعطاء نسخة مكررة من هذا المستند إلى الوالدين أو الأوصياء عند الطلب ، على موقعنا على الويب : ipschools.org/sbhc

أو عن طريق المسح الكود .

