



نموذج إحالة التقييم الصحي الخاص بكارولينا الشمالية

سيتم حفظ هذا النموذج والمعلومات الواردة فيه في الملف لدى المدرسة التي يذهب إليها الطالب المذكور هنا.
هذا النموذج سري ولا يُعتبر سجلاً عاماً.
(تمت الموافقة عليه من قبل دائرة التعليم العام و دائرة الصحة والخدمات البشرية في كارولينا الشمالية)

على أحد الوالدين تعبئة هذا القسم

اسم الطالب:

(اسم الأب / الاسم الأوسط)

(الاسم)

(اسم العائلة)

اسم المدرسة:

تاريخ الميلاد (السنة/اليوم/الشهر):

المقاطعة:

الولاية:

المدينة:

عنوان المنزل:

رقم / أرقام الهاتف

معلومات الوالد / الوالدة اسم الوالد/الوالدة أو الوصي القانوني أو من يقوم مقامهم:

المنزل:

العمل:

الموبايل:

أي مخاوف صحية ليتم مشاركتها مع الأشخاص المُصرَّح لهم (مديري المدرسة، المعلمين و موظفي المدرسة الآخرين الذين يحتاجون لمثل هذه المعلومات للقيام بالواجبات المُسندة إليهم):

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





Hearing screening information:

Passed hearing screening: Yes No

Concerns related to student's hearing:

Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:

School follow-up needed: Yes No

Medical Provider Comments:

Please attach other applicable school health forms:

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

Health Care Professional's Certification

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: _____

Date (m/d/yyyy):
Date of Exam (if Different):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:

