

THE FUTURE BEGINS HERE



Student Medical Information form
استمارة المعلومات الصحية للطالب



MEDICAL INFORMATION FORM استمارة المعلومات الطبية

Please complete this form carefully. This form provides essential information in order to give your child the best possible school health and emergency care.

يرجى توكي الحرص في تعبئة بيانات هذه الاستمارة. توفر هذه الاستمارة معلومات غاية في الأهمية لأجل منح طفلك/طفلتك أفضل خدمة صحية مدرسية وعناية فائقة.

STUDENTS MEDICAL HISTORY تاريخ الطالب/الطالبة الطبية

Does your child have any of the following? If yes, please provide details such as specific and current treatment. For allergies, specify all allergens and note severity of the allergies.

هل طفلك مصاب بأي مرض من الأمراض التالية؟ إذا كانت الإجابة نعم، نرجو أن تمدونا بتفاصيل محددة والعلاج الذي يتناوله حاليا. بالنسبة لإصابات الحساسية نرجو تحديد نوع الحساسية، مع ملاحظة شدة هذا النوع.

HEALTH PROBLEMS البرنامج الصحي	YES نعم	NO لا	DETAILS التفاصيل
Allergies - Food/Medical/Environment الحساسية/الطعام/البيئة الطبية			
Asthma الربو			
Attention Deficit Disorder(ADD)/Hyperactive(ADHD) اضطراب نقص الانتباه (ADD)، فرط الحركة (ADHD)			
Neurological Problems مشاكل عصبية			
Seizure Disorder Epilepsy الصرع			
Diabetes مرض السكر			
Frequent Ear Infection عدوى الأذن المتكررة			
Hearing Difficulties صعوبة في السمع			
Kidney/Urinary Problems أمراض الكلى/مشاكل في البول			
Menstrual Problems مشاكل الدورة الشهرية			
Glasses/Contact Lens النظارات/العدسات اللاصقة			
Emotional Problems مشاكل عاطفية			
Other Health Problems مشاكل صحية أخرى			

Blood Type _____ فصيلة الدم

Chronic Medications _____ الأدوية المزمنة

Other Medical Conditions _____ حالات طبية أخرى

Family Doctor's Name _____ اسم طبيب العائلة Contact Number: _____ رقم الهاتف

Signature of Parent/Guardian _____ توقيع ولي الأمر / أو أحد أفراد العائلة

Please describe any past or present serious illnesses, fractures, surgeries, physical or emotional or psychological handicaps.

يرجى شرح الإصابات السابقة أو الحالية الخطيرة، كسور، عملية جراحية، إعاقات نفسية أو جسدية أو عاطفية.

REQUESTED IMMUNIZATIONS التطعيمات المطلوبة

Please indicate below if your child has received the following immunizations. Fill in dates if available. Photocopies of records are acceptable.

الرجاء التحديد في الأسفل إذا كان طفلك/طفلتك قد تم تطعيمه ضد هذه الأمراض التالية. يتم التعبئة بتحديد التاريخ إن أمكن.

DPT:	HIB:
MMR:	POLIO:
TD:	

Other Immunizations:
تطعيمات أخرى

Emergency - Drug Administration الحالات الطارئة - الأدوية

The school is concerned about the health and safety of our students and minor medical emergencies such as: (1) Slight injuries during the school day or (2) A slight increase in body temperature may occur. The school then reserves the right to take the appropriate action in such cases, and for this reason, it stores the following medications:

تهتم المدرسة بصحة وأمان طلابها وطالباتها، والحالات الطارئة الخفيفة مثل (1) إصابات خفيفة أثناء اليوم المدرسي أو (2) الارتفاع الطفيف المحتمل في درجة حرارة الطالب/الطالبة. ويكون في تلك الحالات للمدرسة كامل الحق بأن تتخذ الاجراء المناسب للحالات السابقة، ولذلك السبب تحتفظ المدرسة بمستودع طبي يحتوي على الاستطابات التالية:

- Paracetamol, an alternative for Panadol, for pain
 - Tylenol, for headaches
 - Strepsils for sore throat
 - Reniz for stomach burn
 - Tempra for rise in temperature.
- براسيتامول، بديل للبنادول وهو يخصص عند الشعور للألم
• تايلينول، للصداع
• ستريسيل، للآلام الحلق
• رينيز، لحرقة المعدة
• تيمبرا، لخفض درجة الحرارة

The medications are administered by a qualified nurse and only after gaining the approval of the parent/guardian. As it is not always easy to reach the parent/guardian, especially during certain periods of the school day, the school requires written authorization from the parent/guardian to administer the appropriate action, if and when required.

جميع الاستطابات (الأدوية) تشرف عليها ممرضة مؤهلة ولا تستخدم إلا بعد الموافقة من قبل الأهل أو أحد أفراد العائلة، وحيث أنه ليس من السهولة الوصول إلى أحد أفراد العائلة. خاصة أثناء فترات محددة من اليوم الدراسي، تطلب المدرسة من الأهل إذنا كتابيا من الأهل أو أحد أفراد العائلة بعلاج الحالات الطارئة المحتملة عند أو إذا تطلب الأمر ذلك.

Please sign the authorization below الرجاء توقيع الإذن في الأسفل

I have no objection to the school nurse administering appropriate drug/s, as necessary, or taking the student to the nearest hospital (Soliman Fakeeh Hospital in Al-Hamra Ditrect).

ليس لدي مانع أن تقوم ممرضة المدرسة باعطاء ابني/ابنتي الدواء أو الأدوية المناسبة عند الضرورة، أو نقل ابني/ابنتي إلى أقرب مستشفى (مستشفى سليمان فقيه في حي الحمراء).

I hereby authorize the school to administer the necessary medication and to take the appropriate action.
أقر بالإذن للمدرسة لعلاج الحالة الطبية الطارئة لابني/ابنتي وأن تتخذ المدرسة الإجراء المناسب لحالتها

The school must not administer any medication unless authorized by me.
لا أمانح الإذن للمدرسة بأن تعطي ابني/ابنتي أي علاج حتى يتم أخذ الإذن مني

Parent/Guardian's Name _____ اسم ولي الأمر/أحد أفراد العائلة

Signature _____ التوقيع