



COMMITTED TO EXCELLENCE
SINCE 1920

• أعضاء مجلس الإدارة

كريس فايت
جم كيل
إلفا ساليناس
روبرت شيلدز
الدكتور غاري سي وودز

• المدير العام

السيدة ماري بيث كاستن

الأهالي وأولياء الأمور الأعزاء:

الفترة : العام الدراسي 2024-2025

يحتاج بعض الطلبة الى أخذ دواءهم أثناء الدوام المدرسي. كما يحتاج بعض الطلبة الآخرين الى حمل معدات أو أدوية أو لوازم طبية للطوارئ أو للمعالجة المستمرة معهم شخصياً - مثل، دواء الأستنشاق (inhaler) ، الأنسولين (insulin) ، أبرة الحساسية (epi-pen) ، جهاز لقياس سكر الدم (blood glucose testing equipment). إذا تحتم على أبنكم الطالب القيام بذلك ، الرجاء أن تطلبوا من طبيب العائلة إكمال الأستمارة المرفقة مع هذه الرسالة والمعنونة "التحويل في إعطاء الدواء - Authorization for Medication Administration". يجب أن تملئ هذه الأستمارة سنوياً.

إذا قام أبنكم الطالب بفحص سكر الدم بنفسه ، سيتطلب منكم ملئ أستمارة إضافية أخرى. يمكنكم الحصول على هذه الأستمارة من المكتب الصحي (Health Office) الموجود في المدرسة.

حتى في حالة عدم قيام العاملين في المدرسة بأعطاء الدواء الى أبنكم الطالب ، من المهم جداً أن تضمن الممرضة الموجودة في مدرسة أبنك الطالب صحة وسلامة استخدام المعدات واللوازم الطبية وصحة طرق التخلص منها.

إذا كانت لديكم أية أسئلة أو أستفسارات حول هذه الأجراءات ، يرجى الأتصال هاتفياً بالممرضة الموجودة في مدرسة أبنكم.

مع خالص الأحرارم والتقدير

ويندولان كاستيلو

Wendoline Castillo, RN, BSN
الممرضة المسؤولة في المنطقة التعليمية

لنيا غولدنبرغ

Linnea Goldberg, RN, BSN, MS9
الممرضة المسؤولة في المنطقة التعليمية

مورين دوراند

Maureen Durand, RNP-MSN
الممرضة المسؤولة في المنطقة التعليمية

MD/LG/WC/ajf

منطقة كروسمنت التعليمية لأتحاد المدارس الأعدادية
التحويل في إعطاء الأدوية والعلاج
البند 49423 من القانون التعليمي

أني _____ الموقع أدناه بصفتي ولي أمر/الوصي القانوني على الطالب
(أسم ولي الأمر/الوصي القانوني/parent/guardian)

الذي يداوم في مدرسة _____
(أسم المدرسة/School) (تأريخ الولادة/Birthdate) (أسم الطالب/Student's Name)
أطالب بأن تكون الأدوية/ Medicines التالية:

متاحة لكي يستخدمها أبني الطالب في الأوقات/Time Prescribed التي تم تحديدها في الوصفة الطبية:

أني على علم بأنه فقط الموظفون المرخصين والمعتمدين من قبل مدير المدرسة هم الوحيدين الذين سيتمكنون من مساعدة أبني على تناول الدواء (الأدوية) المذكورة أعلاه وفقاً لتوجيهات الطبيب.
سأقوم بتقديم الدواء (الأدوية) في حاويات الأدوية التي سيكون مكتوب عليها أسم أبني الطالب وأسم الطبيب الذي وصف هذه الأدوية والكمية أو الجرعات التي يجب تناولها.
في حالة حدوث أي تغيير في تعليمات الطبيب ، يجب أن أقوم بملء أستمارة جديدة والتوقيع عليها من قبلي بصفتي ولي أمر الطالب/الوصي القانوني عليه وكذلك يوقع عليها الطبيب نفسه.

لن يُسمح بتناول الأدوية الموصوفة وغير الموصوفة داخل المدرسة بدون تقديم بيان خطي من قبل الطبيب وبيان خطي من قبل ولي الأمر يشران إلى الرغبة في أن تقوم المنطقة التعليمية بمساعدة الطالب على تناول أدويته وعلى النحو المنصوص في بيان الطبيب المذكور أدناه.

أني مُدرك بأن المدرسة ليست ملزمة قانونياً على تقديم هذه الخدمة أو هذه التسهيلات. بموجبه أوافق على إخلاء طرف المنطقة التعليمية أو إدارتها وموظفيها أو وكلائها من أي مسؤولية أو دعوى أو شكوى من أي نوع كان ، والتي قد تنشأ نتيجة للقيام بمساعدة الطالب على تناول الدواء وفقاً لهذا الطلب.

هذه الأستمارة صالحة المفعول للسنة
الدراسية 2025-2024

Date/التاريخ

Signature/التوقيع

Home Address/عنوان المنزل

Home/Mobile/Work Phone Number/هاتف المنزل/الموبايل/هاتف العمل

يجب أن يتم ملئ هذا الجزء من قبل طبيب مُرخص في ولاية كاليفورنيا
THIS PORTION TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN LICENSED IN THE STATE OF CALIFORNIA

- **Name of Medication** Method of Administration Dosage Appx. Time of Day
A. _____
B. _____
- Discontinue "Medication A" on _____ and "Medication B" on _____
(Date) (Date)
- Type of assistance for administering medication (observe, measure, etc.):

- Precautions for administration or storage of medication:

- Do you wish to have school personnel contact you at intervals to discuss this medication?
 Yes No Please indicate: Person(s) _____, Intervals _____
Teacher, Nurse Weekly, Quarterly, etc.

**If medication is an inhaler, epi-pen, or insulin, and may be carried on person, check here .

**If glucose testing equipment will be carried on person, check here .

Printed Name of Physician _____ M.D.

Medical License Number _____

Telephone Number _____

Signature of Physician _____

Date _____