

اسم المدرسة:	تقييم المدرسة:
اسم الطفل (اللقب، الأول، الحرف الأول من الاسم الاوسط):	تاريخ الميلاد: / / الجنس (اختر واحد) ذكر أنثى متحول جنسياً ثنائي
العنوان:	الرمز البريدي: بلا ماوى
هاتف الوالدين:	الاتصال عبر رسائل البريد الصوتي نعم/لا
	عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالرعاية الصحية عن بُعد

اسم التأمين	معرف وثيقة التأمين #
مجموعة #	عنوان شركة التأمين
الضامن/اسم الوالد:	هاتف #
رقم معرف MaineCare (ينتهي بـ A)	

هل أنت غير مؤمن عليه: نعم/لا

إن لم يكن لديك تأمين، فسيصل بك أحد مستشاري المساعدة المالية لدينا لمناقشة التأمين وخيارات مقياس الرسوم المتصاعدة لدينا.

المعلومات الصحية	التاريخ الصحي للفرد/الأسرة - يرجى التحقق من تاريخ العائلة لمعرفة أي من الحالات الصحية التالية:
الطبيب الأساسي/مقدم الرعاية الصحية:	
خضع طفلي لفحص جسدي خلال العامين الماضيين	نعم ___ لا ___ غير متأكد
سيحتاج طفلي لقاحات هذا العام.	نعم ___ لا ___ غير متأكد
هل طفلك مصاب بالربو؟ نعم/لا	هناك خطة مكتوبة للربو في المدرسة؟ نعم/لا
هل طفلك مصاب بداء السكري؟ نعم/لا	هناك خطة مكتوبة لمرض السكري في المدرسة؟ نعم/لا
مشاكل صحية جسدية أو أسنان أو عقلية أخرى:	
	الحساسية ___
	داء السكري ___
	اضطراب المناعة ___
	الربو ___
	مرض القلب ___
	مرض عقلي ___
	ارتفاع ضغط الدم ___
	ارتفاع نسبة الكوليسترول ___
	مرض التدرن ___

سلالة الطلاب (تحقق من واحد أو أكثر):	أبيض ___ أسود، أفريقي، أمريكي من أصل أفريقي ___ من سكان جزر المحيط الهادئ ___ آسيا ___
جنوب/وسط/شمال أمريكا الهندي، سكان ألاسكا الأصليين	سكان هاواي الأصليين ___ متعدد الأعراق ___
عرق الطالب:	من أصل إسباني/لاتيني ___ ليس من أصل إسباني/لاتيني ___

إجمالي دخل الأسرة السنوي	إجمالي عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في نفس المسكن:
اسم رب الأسرة:	صلة القرابة بالطالب:

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنني أقر بذلك وأتفهم أني:

- قد تلقيت وقرأت رسالة المعلومات الخاصة بـ SHBC التابع ("GPH") والتي تشرح ما هي مراكز الصحة المدرسية التابعة لـ GPH وما هي الخدمات والفوائد التي قد يقدمها لطفلي.
- يعد المركز الصحي المدرسي SHBC التابع لـ GPH كياناً منفصلاً عن المدارس وعن مكتب ممرضات المدارس. مركز GPH الصحي يوفر تقييمات الرعاية الأولية ومجموعة من العلاجات الرعاية الصحية في موقع مدرسي من خلال التعاون في الاتصال مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين قد يشاركون أيضاً في رعاية طفلي.
- هذه الموافقة صالحة طوال المدة الزمنية التي يتم فيها تسجيل الطالب في المدارس التالية: مدارس Portland, Westbrook, أو South Portland ما لم يتم تقديم اشعار تحريري من قبلي لسحبهم من هذه الخدمة قبل انتهاء المدة.
- أنا مطالب بمراجعة وتوقيع نموذج تفويض لاستخدام والكشف عن معلومات الرعاية الصحية فيما يتعلق بتسجيل طفلي في SBHCC التابع لـ GPH.

لقد قرأت هذا النموذج بالكامل وأوافق على تسجيل الطالب في SBHC لمدرسة GPH في هذا الوقت.

توقيع ولي الأمر/الوصي:	التاريخ:
الاسم بحروف كبيرة:	صلة القرابة: