



COMMITTED TO EXCELLENCE
SINCE 1920

أعضاء مجلس الإدارة

سكات إيكيرت
كرس فايت
جم كيلي
روبرت شيلدز
الدكتور غاري سي وودز

المدير العام

السيدة ساندرا هويزو

الأهالي وأولياء الأمور الأعزاء:

بخصوص: العام الدراسي 2025-2026

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، جهاز الاستنشاق (inhaler)، الأنسولين (insulin)، أبره الحساسية (epi-pen)، جهاز لقياس سكر الدم (blood glucose testing equipment). إذا تحتم على أبناك الطالب القيام بذلك، الرجاء أن تطلب من طبيب العائلة إكمال الاستمارة المرفقة مع هذه الرسالة والمعنونة "التحويل في إعطاء الدواء - Authorization for Medication Administration". يجب أن تُملأ هذه الاستمارة سنوياً.

إذا قام أبناك الطالب بفحص سكر الدم بنفسه، سيتطلب منكم أن تقوموا بملئ استمارة اضافية أخرى. يمكنك الحصول على هذه الأستمارة من المكتب الصحي (Health Office) الموجود في المدرسة.

حتى في حالة عدم قيام العاملين في المدرسة بإعطاء الدواء الى أبناك الطالب، من الضروري جداً أن تتأكد الممرضة الموجودة في مدرسة أبناك الطالب من صحة استخدام المعدات واللوازم الطبية وسلامتها وكذلك صحة طرق التخلص منها.

إذا كانت لديك أية أسئلة أو استفسارات حول هذه الإجراءات، يرجى الاتصال هاتفياً بالممرضة الموجودة في مدرسة أبناك الطالب.

مع خالص الاحترام 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/gb

منطقة كروسمنت التعليمية لـاتحاد 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) (تاريخ الولادة/Birthdate) (أسم الطالب/Student's Name)

أني أطلب 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 الموظفين المرخصين والمعتمدين من قبل مدير المدرسة هم الوحيدون 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 بملئ 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 يشيران 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 2025-2026

/Date التاريخ

/Signature التوقيع

/Home عنوان المنزل

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

يجب أن يتم ملئ هذا الجزء من قبل طبيب مرخص 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 ☐.

M.D.

Printed Name of Physician

Medical License Number

Telephone Number

Signature of Physician

Date