

Tuberculosis (TB) Risk Assessment:

تقييم المخاطر السل (TB)

Is your student in contact with any of the following persons: Immigrants from another country, someone diagnosed with or treated for TB, incarcerated children or adults, HIV infected, homeless, nursing home residents, institutionalized children or adults, illegal drug users, migrant farm workers?

هل طالبك على اتصال بأي من الأشخاص التاليين: المهاجرون من بلد آخر ، شخص مصاب أو شخص يتعالج من مرض السل ، أطفال أو بالغين في السجون ، مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية ، مشردون ، مقيمون في دور رعاية المسنين ، أطفال أو بالغون في مؤسسات الإصلاحية ، متعاطون مخدرات غير شرعيين ، مزرعة للعمال المهاجرين ؟

For your student/student, please circle yes or no below, and explain any yes answers in space provided.

Diagnosed or treated for TB? علاج السل? No لا _____ Yes نعم _____

Immigration from another country? الهجرة من بلد آخر? No لا _____ Yes نعم _____

Traveled to another country? السفر إلى بلد آخر? No لا _____ Yes نعم _____

Ever been in jail or in Juvenile Detention Center (2020) ? قضيت أي وقت مضى في السجن أو في مركز احتجاز الأحداث(2020)؟

_____ No لا _____ Yes نعم

STUDENT/PATIENT'S NAME اسم الطالب/ المريض : _____

DOB تاريخ الميلاد: _____/_____/_____

لتوفير الخدمات الصحية لطفلك ، نحتاج إلى المعلومات التالية:

To provide health services for your child, we need the following information:

Parent / Guardian's Name اسم ولي الأمر / الوصي : _____

Parent / Guardian's Date of Birth تاريخ ميلاد ولي الأمر / الوصي : _____

Relationship to Child العلاقة للطفل: _____

Parent / Guardian's Social Security No. رقم الضمان الاجتماعي للوالد / الوصي : _____

Address العنوان : _____

City/State/ZIP المدينة / الولاية / الرمز البريدي : _____

Emergency Contact Person اسم شخص الاتصال في حالات الطوارئ : _____

Phone Number رقم الهاتف : _____

تاريخ صحة طفلك

Your Child's Health History

❖ Do you have a **Primary Care Doctor** هل لديك طبيب رعاية دائم ؟ YES نعم NO لا

Doctor Name/Clinic اسم الطبيب / العيادة : _____ Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

Date of last complete yearly physical examination (head to toe) تاريخ آخر فحص بدني سنوي كامل (من الرأس إلى أخمص القدمين) : _____

❖ Do you have a **Primary Dentist** هل لديك طبيب أسنان أساسي ؟ YES نعم NO لا

Dentist Name/Clinic اسم طبيب الأسنان / العيادة : _____ Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

Date of last routine dental check-up تاريخ آخر فحص الأسنان الروتيني : _____

❖ Do you have a **Primary Eye Doctor** هل لديك طبيب عيون أساسي ؟ YES نعم NO لا

Eye Doctor Name اسم طبيب العيون : _____ Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

Date of last routine vision exam تاريخ آخر امتحان الرؤية الروتينية : _____

❖ Do you have a **Preferred Pharmacy** هل لديك صيدلية مفضلة؟ YES نعم NO لا

Preferred Pharmacy الصيدلة المفضلة : _____

Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

يرجى ذكر أي مشاكل أو ظروف صحية **حالية** يعاني طفلك منها:

يرجى ذكر أي نوع من أنواع **الحساسية** (بما في ذلك الطعام ، والأدوية ، والبيئية ، والموسمية ، وما إلى ذلك):

Please list any **allergies** (include food, medications, environmental seasonal, etc.):

هل يرى طفلك أخصائي؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فيرجى ذكر الحالة واسم الطبيب ورقم الهاتف:

Does your child see a specialist? If yes, please list condition, doctor's name, and phone number:

يرجى ذكر أي أدوية (موصوفة أو بدون وصفة طبية) يتناولها طفلك في المنزل يوميًا أو حسب الحاجة (مثل دواء ADHD أو الحساسية أو الربو أو الصداع):

Please list any medications (prescribed or over-the-counter) your child takes **at home** on a daily or as-needed basis (such as medication for ADHD, allergies, asthma, or headaches):

**** ملاحظة خاصة:** إذا كان طالبك يحتاج إلى تناول أي أدوية في المدرسة ، بما في ذلك أدوية الطوارئ (مثل جهاز الاستنشاق أو Epi Pen) ، فيجب عليك إكمال نموذج إدارة الدواء **CPS** **

هل تعرض طفلك لأية عمليات أو إصابات خطيرة أو hospitalizations أو serious injuries ، بما في ذلك إقامة في المستشفى؟

YES نعم NO لا

Please provide reason and dates : يرجى تقديم السبب والتواريخ

Has your child ever been pregnant? هل كانت طفلتك في أي وقت مضى حاملًا؟ No لا Yes نعم

If Yes, how many living children has your child given birth to إذا كانت الإجابة بنعم ، فكم عدد الأطفال الأحياء الذين أنجبتهم طفلتك: _____

Has your child been a victim of abuse? هل كان طفلك ضحية سوء المعاملة؟ YES نعم NO لا

Has anything bad, scary or sad happened to your family هل حدث أي شيء سيء ، مخيف أو حزين لعائلتك

YES نعم NO لا

Please explain : يرجى التوضيح

مخاوف المدرسة: اشرح أي إجابات بنعم على السطر الموجود.

Is your child in a special class (Special Ed / IEP / 504 Plan) ؟ خطة خاصة 504 / IEP / التعليم ذوي الاحتياجات ؟ هل طفلك في فصل خاص

YES نعم NO لا _____

Has your child repeated a grade هل كرر طفلك الصف ؟

YES نعم NO لا _____

Does your child get into trouble often at school? هل يواجه طفلك مشكلة في كثير من الأحيان في المدرسة؟

YES نعم NO لا _____

What are your child's grades? ما هي علامات طفلك؟ _____

Is this a change هل هذا تغيير YES نعم NO لا