

STUDENT HEALTH FORM
ADNOC SCHOOLS (CLINIC)



نموذج الطالب الصحي
مدارس أدنوك (العيادة)

Please complete this form carefully. In order to give your child the best possible school health and emergency care

الرجاء ملأ هذا النموذج بدقة وذلك لضمان حصول ابنك/ابنتك على أفضل خدمة صحية مدرسية ممكنة أو عناية طارئة

Location الموقع	Campus المبنى	Date التاريخ
Student Name اسم الطالب/الطالبة	First / الأول الاسم الأول	Middle / الأوسط الاسم الأوسط
	Last / الأخير الاسم الأخير	Date of Birth: تاريخ الميلاد
Gender الجنس	Grade / Section الصف/الشعبة	Academic Year السنة الدراسية
Father's Name اسم الأب	Mother's Name اسم الأم	
Mobile Number رقم الهاتف	Mobile Number رقم الهاتف	
Home Phone رقم المنزل	Home Phone رقم المنزل	
Work Phone رقم العمل	Work Phone رقم العمل	
Sibling at ADNOC Schools (Name & Grade) if any... الأخوة المسجلين في مدارس أدنوك (الاسم والصف) إن وجد		Emergency Contact (Other than Parents) رقم للتوارئ (غير أولياء الأمور)
		Mobile Number / رقم الموبايل
		Landline / رقم أرضي

STUDENTS HEALTH HISTORY / التاريخ الصحي للطلاب

Does your child have any of the following? If Yes, please provide care provider reports if any...

هل يوجد لدى ابنك/ابنتك أي مما يلي: إذا نعم يرجى تزويدنا بالتقارير إن وجد

Health Problems مشاكل صحية	Yes نعم	No لا	Details التفاصيل
<input type="radio"/> Allergies - حساسية			
<input type="radio"/> G6PD - تكسر الدم			
<input type="radio"/> Asthama - الربو			
<input type="radio"/> Neurological Problems - مشاكل عصبية			
<input type="radio"/> Seizure disorder/Epilepsy - اضطراب عصبي / صرع			
<input type="radio"/> Diabetes - سكري			
<input type="radio"/> Frequent Headaches - صداع متزامن			
<input type="radio"/> Hearing Difficulties - صعوبات في السمع			
<input type="radio"/> Frequent Infections - التهابات متزامنة			
<input type="radio"/> Heart Problem - مشاكل بالقلب			
<input type="radio"/> Kidney / Urinary Problem - مشاكل بالكلية / البول			
<input type="radio"/> Menstrual Problem - مشاكل الدورة الشهرية			
<input type="radio"/> Glasses / Contact Lenses - نظارات/عدسات لاصقة			
<input type="radio"/> Emotional / Mental Problem - مشاكل نفسية/عقلية			
<input type="radio"/> Other.... (Please Specify) - أخرى (يرجى التحديد)			

Please describe any past or present serious illness, physical or emotional handicaps - الرجاء شرح أي أمراض خطيرة قديمة أو جديدة أو إعاقات جسدية أو نفسية

Is your child on any regular medication? If so, Please List - هل يتعاطى ابنك/ابنتك أي أدوية بصورة منتظمة؟ إذا نعم يرجى ذكرها

Medicine / اسم الدواء	Dosage / الجرعة	Time / التوقيت

Name of the doctor, Clinic, health or Medical center which cares for student: - الرجاء ذكر اسم الطبيب أو العيادة أو المركز الصحي الذي يعتني بابنك/ابنتك

Address العنوان	
Contact Number رقم الهاتف	
Insurance Provider شركة التأمين	

Parent / Guardian Name - ولي الأمر/الوصي

Signature / Mobile number / Date - التوقيع / رقم الهاتف / التاريخ

Parental Consent To Administer Emergency Medication

نموذج موافقة ولي الأمر للتدخل في حالات العلاج الطارئة

Location
الموقع

Campus
المبنى

Date
التاريخ

I Consent That my Chil - أوافق على أن ابني/ابنتي -

Student Name: اسم الطالب	Grade / Section الصف/الشعبة	Academic Year العام الدراسي
Date of Birth تاريخ الميلاد	Phone No رقم الهاتف	
Address: العنوان		

To be given the appropriate medication in the following cases / الحصول على العلاج المناسب في الحالات التالية /

<input type="radio"/>	Administration of Epinephrine in an acute allergic reaction (Anaphylactic Shock) أخذ جرعة الأدرينالين في حالات الصدمة العصبية
<input type="radio"/>	Administration of Salbutamol Inhaler to Control Asthmatic Symptoms. استنشاق السالبوتامول لمكافحة أعراض الربو
<input type="radio"/>	Administration or Oral Glucose for hypoglycemia. أخذ الجلوكوز عن طريق الفم لنقص السكر في الدم
<input type="radio"/>	Administration of paracetamol to control mild to moderate pain and fever. أخذ الباراسيتامول للتحكم بدرجة الألم والحى ما بين الدرجة الخفيفة إلى المعتدلة
<input type="radio"/>	Administration (Topical) of Antihistamine cream for allergic reaction. استخدام كريم مضاد للحساسية

Any Precautions that school personnel need to know? أي احتياطات يتوجب على العاملين بالمدرسة العلم بها؟	Any Contraindications the school personnel need to know? أي موانع يتوجب على العاملين بالمدرسة العلم بها؟
What are possible reactions/Side effects? ما احتماليات الأعراض الجانبية	What should be done in the event of reaction/ Side effect? ما المتوجب عمله في حالات الأعراض الجانبية

Check the Box below: الرجاء الاختيار

<input type="checkbox"/>	YES, The Above medication can be administered by a HAAD Licensed School Nurse/Physician in accordance with this standard and the relevant policies. نعم، يمكن لطبيب/ممرض المدرسة المرخص من قبل هيئة الصحة استخدام الدواء المذكور أعلاه وفقا للمعايير والسياسات.
<input type="checkbox"/>	NO, The above medication cannot be administered by A HAAD licensed school Nurse/Physician. لا، لا يمكن لطبيب/ممرض المدرسة الرخص من قبل هيئة الصحة استخدام هذا الدواء

Parents, Guardian Name / Date & Signature اسم ولي الأمر/الوصي - التوقيع/التاريخ	Parents, Guardian Name / Date & Signature اسم ولي الأمر/الوصي - التوقيع/التاريخ
--	--

Parental Consent To Administer Prescribed Medication

نموذج موافقة ولي الأمر لاستخدام الأدوية الموصوفة

Location
الموقع

Campus
المبنى

Date
التاريخ

Part 1 (To be completed, Signed, Stamped by HAAD Licensed Physician) (الجزء الأول (يجب ملاً وتوقيع وختم الاستمارة عن طريق طبيب مرخص من قبل هيئة الصحة)

Student Name اسم الطالب	Date of Birth تاريخ الميلاد		
----------------------------	--------------------------------	--	--

Health condition for which the medication is prescribed الحالة الصحية التي تم وصف العلاج لها	Name of Medication اسم الدواء
The medication should be continued until? يجب استمرارية أخذ العلاج لمدة؟	Dose الجرعة

Route for administering the medication / كيفية أخذ العلاج

<input type="radio"/> By Mouth - عن طريق الفم
<input type="radio"/> Inhalation - عن طريق الاستنشاق
<input type="radio"/> Injection - عن طريق الأبر
<input type="radio"/> Topical - موضعي
<input type="radio"/> Other (Please specify)..... أخرى (يرجى التحديد)

Any Precautions that school personnel need to know? أي احتياطات يتوجب على العاملين بالمدرسة العلم بها؟	Any Contraindications the school personnel need to know? أي موانع يتوجب على العاملين بالمدرسة العلم بها؟
What are possible reactions/Side effects? ما احتماليات الأعراض الجانبية	What should be done in the event of reaction/ Side effect? ما المتوجب عمله في حالات الأعراض الجانبية

Check the appropriate Box below: الرجاء اختيار المناسب مما يلي

<input type="checkbox"/>	I authorize this student to Self-administer the above medication. اسمح للطالب بأخذ العلاج المذكور أعلاه بنفسه
<input type="checkbox"/>	The above medication can only be Administered by a HAAD licensed School Nurse. العلاج المذكور أعلاه يجب أن يعطى عن طريق ممرض المدرسة المرخص من قبل هيئة الصحة

Part 2, (To be filled and signed by parents/Guardian

I understand it is my responsibility to send the medication to School in the original pharmacy container labeled with my child's name, treating physician's instructions/care plan and any other documentation to assist in the safe administration of the specified medications.

الجزء الثاني (يجب على ولي الأمر الملاء والتوقيع)

أتفهم أن مسؤوليتي ارسال الدواء إلى المدرسة في زجاجة الدواء الأصلية مكتوب عليها اسم الطالب وتعليمات الطبيب بالإضافة إلى أي تقارير تفيد في استخدامات الدواء في بعض العلاجات المحددة.

Parents, Guardian Name / Date & Signature اسم ولي الأمر/ الوصي - التوقيع / التاريخ	Parents, Guardian Name / Date & Signature اسم ولي الأمر/ الوصي - التوقيع / التاريخ
---	---

Parent ID Sticker

I Understand and I agree, on providing medical services for my son daughter

أنا الموقع أدناه أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني / ابنتي

Student Name:		الطالب / الطالبة:	
School Name:		المدرسة:	
Grade / Section		الصف / الشعبة:	
Student ID:		الرقم المدرسي:	

In the school clinic by school health team

في عيادة المدرسة بواسطة فريق الصحة المدرسية.

I also agree that these medical services will remain provided to my Son/ Daughter and effective until I either refuse providing these Medical services or He/She is transferred from ADNOC SCHOOLS.

إن موافقتي على هذه الخدمات الصحية يبقى ساري المفعول لحين أقوم أنا برفض تقديم هذه الخدمات لابني / ابنتي أو لحين انتقال الطالب / الطالبة من مدارس أدنوك.

My Consent involve a general approval of curative or/and preventive services that may include first aid, screening for height, weight, vision acuity, vaccination and referral to primarily health centers or emergency room when necessary.

إن موافقتي على هذه الخدمات الصحية هي موافقة عامة على أية إجراءات وقائية علاجية وتشمل الإسعافات الأولية، قياس الوزن والطول، حدة النظر، التطعيمات والتحويل إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية وقسم الطوارئ عند الضرورة.

I understand that some of the diagnostic results may be reported to the concerned official departments (Such as HAAD, ADEC or any other official entity)

إن نتيجة بعد هذه الفحوصات التشخيصية قد يتم تبليغها إلى الجهات الرسمية والمعنية (مثل هيئة الصحة أبوظبي - مجلس أبوظبي للتعليم أو أية جهة رسمية أخرى.

In case of refusal please, be informed that no services will be offered unless its an emergency then we should intervene.

في حالة عدم موافقتكم، يرجى العلم بأنه لن نستطيع تقديم هذه الخدمات عند حاجة ابنكم / ابنتكم لها إلا في الحالات الطارئة القصوى التي تلزم تدخلنا السريع.

If my son/ daughter needed to be transferred to the emergency unit in my absence and the absence of the legal guardian, then I authorize the school administration to transfer him/her to emergency unit.

إذا أصيب ابني / ابنتي بأي حالة طارئة تستدعي النقل إلى الطوارئ ولم أكن متواجداً أنا أو من ينوب عني فأني أعطي الصلاحية لإدارة المدرسة لنقله / نقلها إلى وحدة الطوارئ.

Agree	<input type="checkbox"/>
Disagree	<input type="checkbox"/>

أوافق	<input type="checkbox"/>
لا أوافق	<input type="checkbox"/>

Incase disagree, please specify reason:

في حالة عدم الموافقة يرجى ذكر السبب:

Signature of student's parent (Please Don't Use pencil)

توقيع ولي أمر الطالب / الطالبة (يرجى عدم استعمال قلم الرصاص)

Name:	
Father / Mother	
Mobile Number	
Signature / Date	

الاسم:	
صلة القرابة:	
رقم الهاتف:	
التاريخ / التوقيع:	

If the parent can't consent for son / daughter for any reason, the signature of the legal guardian must be obtained.

إذا تعذر توقيع ولي الأمر على نموذج الموافقة لأي سبب فلا بد من الحصول على توقيع من ينوب عنه من الأقارب.

Signature of legal guarding (Please Don't use pencil)

توقيع الشخص المخول بالموافقة (يرجى عدم استعمال قلم الرصاص)

Name:	
Relation with the student:	
Mobile Number	
Signature / Date	

الاسم:	
صلة القرابة:	
رقم الهاتف:	
التاريخ / التوقيع:	