

**Health History Update** تحديث تقرير التاريخ الطبي

يرجى استكمال التقرير وإعادته إلى ممرضة المدرسة أو المكتب. شكرا جزيلًا

Please complete and return to the school nurse or office. Thank you

Ohio State Law requires that a Health History form be on file for every student . يشترط قانون ولاية أوهايو أن يتم إيداع نموذج التاريخ الطبي في ملف كل طالب .

Grade/Homeroom الصف الدراسي/الفصل

Date of Birth تاريخ الميلاد

Student's name اسم الطالب

Last checkup or visit تاريخ آخر فحص أو زيارة

Phone Number رقم الهاتف

Doctor's Name اسم الطبيب

Last checkup or visit تاريخ آخر فحص أو زيارة

Phone Number رقم الهاتف

Dentist's Name اسم طبيب الأسنان

هل واجه طفلك أي من المشكلات التالية؟ (من فضلك ضع دائرة حول نعم أو لا)

Has your child ever had any of the following problems? (Please circle Yes or No)

| | | |
|--|---------|-------|
| Seasonal Allergies/Hay fever حساسية موسمية/حمى القش | YES نعم | NO لا |
| Anemia or Other Blood Problems الأنيميا أو غيرها من مشكلات الدم | YES نعم | NO لا |
| Life threatening allergy – cause? حساسية قد تؤدي للموت – المسبب؟ | YES نعم | NO لا |
| Asthma أزمات الربو | YES نعم | NO لا |
| Developmental Problems مشكلات النمو | YES نعم | NO لا |
| Behavior/ADHD مشكلات السلوك أو فرط النشاط | YES نعم | NO لا |
| Cancer – type السرطان – النوع | YES نعم | NO لا |
| Chronic Diarrhea or Constipation إمساك أو إسهال مزمن | YES نعم | NO لا |
| Chronic Ear Infections التهاب الأذن المزمنة | YES نعم | NO لا |
| Depression الاكتئاب | YES نعم | NO لا |
| Diabetes مرض السكر | YES نعم | NO لا |
| Drugs or Alcohol Used \During Pregnancy هل استخدمت الأم المخدرات أو الكحول أثناء الحمل | YES نعم | NO لا |
| Eczema/Chronic Skin Conditions إكزيما/مشكلات الجلد المزمنة | YES نعم | NO لا |
| Emotional/Psychological Problems مشكلات انفعالية/نفسية | YES نعم | NO لا |

| | | |
|---|---------|-------|
| Frequent Headaches نوبات صداع متكررة | YES نعم | NO لا |
| Frequent Stomachaches حالات مغص متكررة | YES نعم | NO لا |
| Hearing or Speech Problems مشكلات في السمع أو الكلام | YES نعم | NO لا |
| Heart Disease – type مرض في القلب – النوع | YES نعم | NO لا |
| High/Low Blood Pressure ارتفاع/انخفاض ضغط الدم | YES نعم | NO لا |
| Kidney Disease – type أمراض الكلى – النوع | YES نعم | NO لا |
| Learning or School problems مشكلات في التعلم أو المدرسة | YES نعم | NO لا |
| Prematurity or Birth Weight under 5 lbs هل كان الطفل ميتسرا أو كان وزنه عند الميلاد أقل من 5 رطلا | YES نعم | NO لا |
| Seizure Disorder/Epilepsy/Tics نوبات الاضطرابات / الصرع / التشنجات اللاإرادية | YES نعم | NO لا |
| Sickle Cell Disease مرض الأنيميا المنجلية | YES نعم | NO لا |
| Sleep Problems مشكلات النوم | YES نعم | NO لا |
| Toothaches/Dental Problems آلام الأسنان/مشكلات الأسنان | YES نعم | NO لا |
| Problems with Vision or Wears Glasses مشكلات في البصر أو يرتدي نظارات | YES نعم | NO لا |

يرجى أذكر أي مشكلات أو ظروف صحية حالية يعاني منها طفلك (قد يكون نفس ما ذكر أعلاه)

Please list any **CURRENT** health problems or conditions your child has (may be same as above): _____

يرجى ذكر أي حالات حساسية (ومن ضمنها الأغذية والأدوية والحساسية البيئية والموسمية الخ)

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

هل يذهب طفلك إلى طبيب مختص؟ إن كانت الإجابة بنعم، يرجى 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 يتعاطها طفلك في المنزل على نحو يومي أو على حسب الاحتياج (سواء كتبها الطبيب أو أدوية تصرف بدون تنكزة طبية) (مثل أدوية اضطراب قصور الانتباه أو فرط النشاط 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): _____

ملحوظة خاصة: إذا كان طفلك يحتاج إلى تناول أي أدوية في المدرسة، بما في ذلك أدوية الطوارئ (مثل بخاخ الاستنشاق أو جهاز قلم Epi)، عليك بملء استمارة تناول الأدوية الخاصة بمدارس سينسيناتي العامة

SPECIAL NOTE: If your child needs to take any medications at school, including emergency medications (like an inhaler or Epi Pen), you must complete a CPS Administration of Medication form.

أذكر أي أمور تثير القلق تتعلق بصحة طفلك والتي ترغب في مناقشتها مع ممرضة المدرسة:

List any of your child's health concerns that you would like to discuss with the school nurse: _____