

Richardson ISD Health Services

اعلامیه و رضایت‌نامه برای خدمات مرتبط با سلامت در مدرسه 2026-2027

طبق قانون، ناحیه آموزشی باید در مورد هر یک از خدمات مرتبط با سلامت مبتنی بر مدرسه که در محوطه آموزشی که فرزندشان در آن تحصیل می‌کند ارائه می‌شود، به والدین اطلاع کتبی بدهد. این خدمات معمول، ایمنی، سلامت و آمادگی دانش‌آموزان برای یادگیری را ارتقا می‌دهند. این خدمات توسط کارکنان واجد شرایط مدرسه، از جمله پرستاران و مربیان ورزشی قابل ارائه است. این رضایت‌نامه جایگزین طرح سلامت فردی، طرح 504 یا سایر اسناد قانونی مورد نیاز نمی‌شود.

والدین حق دارند از ارائه هرگونه خدمات مرتبط با سلامت خودداری کنند یا آن را رد کنند. رضایت‌نامه‌ای که از طریق این فرم ارائه می‌شود، در طول سال تحصیلی جاری معتبر است، مگر اینکه قبلاً لغو شود.

نام دانش‌آموز: _____ شماره شناسه دانش‌آموز: _____

خدمات معمول مرتبط با سلامت که در محوطه آموزشی فرزند شما ارائه می‌شود، ممکن است شامل موارد زیر باشد:

مراقبت‌های کمک‌های اولیه (مثلاً تمیز کردن و بانداز)
استفاده از ضد عفونی‌کننده‌های موضعی و ضد خارش (مثلاً 37.S.T، لوسیون کالامین، وازلین)
شستشوی چشم به جهت وجود ذرات خارجی
کمک‌های اولیه دندانپزشکی (مثلاً استفاده از گاز برای دندان از دست رفته)
بررسی دمای بدن با استفاده از دماسنج غیرتهاجمی
ارزیابی یا سنجش علائم بیماری عمومی (مثلاً درد معده، سردرد)
ارزیابی یا سنجش آسیب‌های دانش‌آموز
استفاده از مداخلات غیر دارویی (مثلاً کیسه یخ، کمپرس سرد، پد گرمکن، نعنای فلفلی)
نظارت بر بیماری‌های مزمن (مثلاً آسم، دیابت)
ارتقاء سلامت و تندرستی (مثلاً افزایش مصرف آب)
غربالگری‌های سالانه بینایی، شنوایی، ستون فقرات و دیابت نوع 2 که توسط ایالت الزامی شده‌اند
غربالگری وجود شپش
حمایت در طول بیماری یا علائم جسمی در مدرسه
هماهنگی خدمات بهداشتی
ارزیابی عصبی
پیشگیری از بیماری‌های ناشی از گرما و پشتیبانی از آسیب‌دیدگی برای دانش‌آموزان ورزشکار

خدمات بهداشتی ممکن است موارد زیر را با رضایت کتبی والدین ارائه دهند که مستلزم تکمیل فرم اضافی برای هر یک است:

- تجویز داروهای تجویز شده؛
- تجویز داروهای بدون نسخه؛
- ارائه اقدامات پزشکی مورد نیاز.

تایید ولی/قیم:

من متوجه هستم که اگر به خدمات درمانی RISD اجازه ندهم به فرزندم در مدرسه مراقبت و خدمات ارائه دهند، مسئولیت رفع هرگونه نیاز بهداشتی و/یا پزشکی او را بر عهده خواهم گرفت. این بدان معناست که اگر فرزندم به مراقبت نیاز داشته باشد، باید یا برای ارائه آن به مدرسه بروم یا ترتیب انتقال او را بدهم. من متوجه هستم که بدون رضایت کتبی، پرستار مدرسه یا پرسنل مدرسه قادر به ارائه خدمات یا مراقبت‌های بهداشتی نخواهند بود. با این حال، همچنین متوجه هستم که در صورت بروز شرایط اضطراری جدی یا تهدیدکننده زندگی، مدرسه در صورت نیاز مراقبت‌های اضطراری را ارائه خواهد داد. این مراقبت‌ها ممکن است شامل تماس با 911 یا استفاده از اقدامات نجات‌بخش مانند احیای قلبی ریوی (CPR)، تجویز نارکان و استفاده از دفیبریلاتور خارجی خودکار (AED) باشد.

☐ من به فرزندم اجازه می‌دهم که در طول سال تحصیلی 2026-2027 خدمات درمانی معمول مدرسه را دریافت کند. متوجه هستم که این رضایت را می‌توان در هر زمانی کتباً لغو کرد.

☐ من به فرزندم اجازه نمی‌دهم که در طول سال تحصیلی 2026-2027 در مدرسه خدمات درمانی معمول مدرسه را دریافت کند. متوجه هستم که در موارد اضطراری یا زمانی که نگرانی‌های بهداشتی و درمان ایجاد می‌شود، با من تماس گرفته خواهد شد.

امضای والد/سرپرست: _____

نام والد/سرپرست (چاپ‌شده): _____

تاریخ: _____

فقط برای استفاده اداری

دریافت‌کننده: _____

تاریخ دریافت: _____

یادداشت کارکنان: _____