

Cincinnati Health Department
School-Based Health Center Enrollment Packet

وزارة صحة سينسيناتي
حزمة التسجيل في المركز الصحي المدرسي (SBHC)

PLEASE COMPLETE AND SIGN ALL PAGES.

يرجى استكمال وتوقيع جميع الصفحات.

STUDENT/PATIENT'S NAME-المريض / الطالب اسم _____ DOB تاريخ الميلاد: ___/___/___

Gender الجنس: M (ذكر) ___ F (أنثى) ___ Trans المتحولين جنسيا (ذ ل أ) MTF FTM (أ ل ذ) ___

Child's Social Security # - رقم الضمان الاجتماعي للطفل: _____ - -

Medical Card/Insurance ID البطاقة الطبية / هوية التأمين: _____

- CareSource كيرسورس Molina مولينا Buckeye بكاي Paramount بارامونت
 United Health Care يونايتد هيلث كير No Insurance لا تأمين OTHER أخر _____

خدمات الرعاية الصحية الطبية:

نعم (YES)، أوافق على أن يحصل طفلي على الرعاية الطبية بما في ذلك الرعاية الروتينية للطفل * (مثل العمل والرعاية النهارية واللباقة البدنية الرياضية) والتطعيمات المناسبة ومادة الفلورايد وعلاج المرض أو الإصابة بما في ذلك الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية ما لم تكن هناك حاجة إلى خدمات الطوارئ. (* ملاحظة: تشمل رعاية الطفل الجيدة فحص الرؤية / السمع ، واختبارات البول والدم ، والتطعيمات حسب الحاجة ، وفحص الأعضاء التناسلية الخارجية عند اللزوم.)
قد يتم نقل / مرافقة الطفل من وإلى خدمات الرعاية الطبية من قبل فرد من المدرسة. أنا ، الوالد أو الوصي على الطفل المذكور أعلاه ، أوافق عن مدينة سينسيناتي ، وأعضاء مجلس المدينة ، والموظفين ، والوكلاء والممثلين المعتمدين ، و CPS ، وأعضاء مجلس إدارتها ، والمسؤولين ، والموظفين والوكلاء والممثلين المعتمدين من أي وكل المسؤولية المتعلقة بالإصابة الشخصية أو الضرر الناجم عن نقل طفلي من وإلى الخدمات الصحية.
* يرجى ملاحظة: في ولاية أوهايو ، يمكن للقاصرين الوصول إلى الخدمة السرية للأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وتنظيم الأسرة ، بما في ذلك توفير وسائل منع الحمل مثل العوازل الطبية أو حبوب منع الحمل دون موافقة الوالدين.



لا (NO)، لا أتمنى أن يحصل طفلي على الرعاية الطبية في المركز الصحي المدرسي (SBHC).

خدمات العناية بصحة الأسنان:

نعم (YES)، أوافق على أن يحصل طفلي على خدمات طب الأسنان في مركز صحة سينسيناتي (CHD) أو عيادة / مدرسة متنقلة بما في ذلك الرعاية الوقائية وفحوص الأسنان والأشعة السينية ومانعات التسرب والحشوات والتخدير الموضعي وإزالة الأسنان والجذر القنوات إذا لزم الأمر. سيتم توفير مانعات التسرب والإجراءات الوقائية الأخرى في المدرسة. قد يتم نقل / مرافقة الطفل من وإلى خدمات طب الأسنان من قبل فرد من المدرسة. أنا ، الوالد أو الوصي على الطفل المذكور أعلاه ، أوافق عن مدينة سينسيناتي ، وأعضاء مجلس المدينة ، والموظفين ، والوكلاء والممثلين المعتمدين ، و CPS ، وأعضاء مجلس إدارتها ، والمسؤولين ، والموظفين والوكلاء والممثلين المعتمدين من أي وكل المسؤولية المتعلقة بالإصابة الشخصية أو الضرر الناجم عن نقل طفلي من وإلى الخدمات الصحية.



لا (NO)، لا أتمنى أن يحصل طفلي على خدمات طب الأسنان

خدمات مركز العيون:

نعم (YES)، أوافق على أن يحصل طفلي على خدمات مركز العيون في مركز ون سايت فيشن (OneSight Vision) في مدرسة أويلر أو أكاديمية اللغات العالمية (AWL) ، والتي قد تشمل فحوصات شاملة للعين بما في ذلك تمدد العين والعلاج البصري وتركيب وتصحيح الرؤية. قد يتم نقل طفلي / مرافقته إلى ومن خدمات مركز العيون من قبل فرد من المدرسة. أنا الوالد أو الوصي على الطالب المذكور أعلاه ، أوافق عن مدينة سينسيناتي وأعضاء مجلس المدينة والموظفين والوكلاء والممثلين المعتمدين و CPS وأعضاء مجلس إدارتها والمسؤولين والموظفين والوكلاء والممثلين المعتمدين من أي وكل المسؤولية المتعلقة بالإصابة الشخصية أو الضرر الناجم عن نقل طفلي من وإلى الخدمات الصحية.
 لا (NO)، لا أتمنى أن يحصل طفلي على خدمات النظر.



Parent / Guardian Signature (or patient if 18 or older)

Parent/Guardian Name (PRINT)

DATE

توقيع الوالد / الوصي (أو المريض إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر)

اسم الوالد / الوصي (مطبوع)

التاريخ

رقم الهاتف المفضل Phone (best): _____

رقم الهاتف الثالث Phone #3 _____

رقم الهاتف الثاني Phone #2 _____

العنوان
ADDRESS

الشارع
STREET

الشقة
APT

المدينة
CITY

الولاية
STATE

الرمز البريدي
ZIP

أوافق على حصول طفلي على الخدمات التي قمت بتمييزها في المربعات أعلاه. أوافق على الشروط والأحكام المتعلقة بالدفع مقابل الخدمات ومشاركة المعلومات الصحية كما هو موضح في نموذج وصف البرنامج (مرفق). الموافقة سارية المفعول حتى يتم الطلب كتابياً للإنتهاء من قبل الوالد / ولي الأمر.

I give consent for my child to obtain the services that I have marked in the boxes above. I agree to the terms and conditions regarding the PAYMENT FOR SERVICES and SHARING OF HEALTH INFORMATION as explained in Program Description form (attached). **Consent in effect until terminated in writing** by Parent / Guardian.

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 ؟ نعم YES لا NO

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

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

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

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 ؟ نعم YES لا NO

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؟ نعم YES لا NO

Preferred Pharmacy الصيدلية المفضلة : _____

Phone # الهاتف : _____ Fax # الفاكس : _____

Please list any **CURRENT** health problems or conditions your child has:

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 لأي عمليات أو إصابات خطيرة أو إقامة في المستشفى ؟

YES نعم NO لا

Please provide reason and dates : يرجى تقديم السبب والتواريخ _____

هل كانت طفلك في أي وقت مضى حاملاً؟ 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 طفلك: _____

هل كان طفلك ضحية سوء المعاملة؟ YES نعم NO لا

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.

School Concerns: Explain any YES answers on the line provided.

هل طفلك في فصل خاص (خطة خاصة **IEP / 504** / التعليم ذوي الاحتياجات) ؟

YES نعم NO لا _____

هل كرر طفلك الصف ؟

YES نعم NO لا _____

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

(Please continue to the next page)

(يرجى المتابعة إلى الصفحة التالية)

Health History Update

تحديث التاريخ الصحي

يرجى إكمال والعودة إلى ممرضة المدرسة أو مكتب المدرسة. شكرًا.
يشترط قانون أوهايو أن يكون نموذج السجل الصحي متاحًا لكل طالب.

Student's Name اسم الطالب	Date of Birth تاريخ الميلاد	Grade/Homeroom الصف الهومروم
Doctor's Name اسم الطبيب	Phone Number رقم الهاتف	آخر فحص أو زيارة Last checkup or visit
Dentist's Name اسم طبيب الأسنان	Phone Number رقم الهاتف	آخر فحص أو زيارة Last checkup or visit
Insurance التأمين:	Medicaid مديكيد / CareSource كيرسورس / Molina مولينا / United Health Care يونايتهد هلت / Paramount بارامونت / Buckeye بكي	

لا يوجد None : اسم مقدم التأمين الخاص Private Insurance Provider Name (يرجى وضع دائرة على Y لجواب نعم أو على N لجواب لا)

أي تاريخ من المشاكل التالية؟ (يرجى وضع دائرة على Y لجواب نعم أو على N لجواب لا)
Any history of the following problems? (Please circle Y for Yes or N for No)

History For Student and then Family التاريخ للطلاب ومن ثم الأسرة	Student الطالب	Family الأسرة	History For Student and then Family التاريخ للطلاب ومن ثم الأسرة	Student الطالب	Family الأسرة
Allergies: Seasonal / Hay fever الحساسية: حمى القش الموسمية	Y N	Y N	Emotional / Psychological Problems مشاكل عاطفية / نفسية	Y N	Y N
Life Threatening Allergy to: _____ وصف EpiPen EpiPen الحساسية تهدد الحياة ل: _____	Y N		Frequent Headaches صداع متكرر	Y N	Y N
ADD / ADHD اضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه	Y N	Y N	Head Injury/ Concussion إصابة الرأس / ارتجاج	Y N	
Anemia or Other Blood Problems فقر الدم أو مشاكل الدم الأخرى	Y N	Y N	Frequent Stomachaches كثرة آلام المعدة	Y N	Y N
Asthma الربو	Y N	Y N	Hearing Problems مشاكل في السمع	Y N	Y N
Behavioral Problems المشاكل السلوكية	Y N	Y N	Heart Disease – type _____ أمراض القلب - نوع	Y N	Y N
Blood Pressure Problems (High / Low) مشاكل ضغط الدم (عالية / منخفضة)	Y N	Y N	Kidney Disease – type _____ أمراض الكلى - النوع	Y N	Y N
Developmental Problems مشاكل النمو	Y N		Learning problems _____ مشاكل التعلم	Y N	Y N
Cancer – type السرطان - النوع	Y N	Y N	Prematurity or Birth Weight under 5 lb. الخداج أو الوزن عند الولادة أقل من 5 بوند	Y N	
Chronic Diarrhea or Constipation الإسهال المزمن أو الإمساك	Y N	Y N	Seizure Disorder / Epilepsy / Tics نوبة الصرع / التشنجات اللاإرادية	Y N	Y N
Chronic Ear Infections التهابات الأذن المزمنة	Y N		Sickle Cell Disease مرض فقر الدم المنجلي	Y N	Y N
Depression الكآبة	Y N	Y N	Sleep Problems مشاكل النوم	Y N	Y N
Diabetes داء السكري	Y N	Y N	Speech Problems مشاكل بالكلام	Y N	Y N
Drugs or Alcohol Used During Pregnancy المخدرات أو الكحول المستخدمة أثناء الحمل	Y N		Toothaches / Dental Problems الأسنان / مشاكل الأسنان	Y N	Y N
Eczema/Chronic Skin Condition الأكزيما/ حالة الجلد المزمن	Y N	Y N	Problems with Vision Wears Glasses مشاكل مع الرؤية يرتدي النظارات	Y N	Y N
			Surgery what type: _____ الجراحة – النوع	Y N	

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 السجن ، مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية ، مشردون ، مقيمون في دور رعاية المسنين ، أطفال أو بالغون في مؤسسات الإصلاحية ، متعاطون مخدرات غير

Diagnosed or treated for TB? **تشخيص أو 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 DetentionCenter (2020) ? **قضيت أي وقت مضى في السجن أو في مركز احتجاز الأحداث(2020)؟** No لا ____ Yes نعم _____

Consent for Nitrous Oxide Sedation

الموافقة على تخدير أكسيد النيتروز

Child's Name اسم الطفل: _____

إذا كان طفلك بحاجة إلى علاج الأسنان ، فقد يكون من المفيد أو الضروري استخدام تخدير أكسيد النيتروز لإكمال علاج الأسنان. أكسيد النيتروز يهدئ الأطفال ويجعلهم أكثر راحة ويمنحهم تجربة أفضل في المواعيد السنوية الخاصة بهم. من خلال توقيع هذا النموذج في وقت مبكر ، سيكون من الأسهل بالنسبة لنا أن نقوم بالعلاج بطريقة أكثر سرعة وكفاءة. سنحاول الاتصال بك قبل استخدام أكسيد النيتروز على طفلك.

يرجى قراءة ما يلي والتوقيع في أسفل إذا كنت توافق على العلاج مع التخدير بأكسيد النيتروز. سيتم استخدامه فقط إذا لزم الأمر.

أعطي الإذن لطبيب أسنان وزارة الصحة سينسيناتي لإعطاء طفلي أكسيد النيتروز للتخدير إذا لزم إليه. أفهم أن بعض الآثار الجانبية قد تحدث ، بما في ذلك:

• الغثيان والقيء - نقترح عدم تناول أي طعام لمدة ساعتين على الأقل قبل الموعد.

• التعرق الزائد ، والمريض قد يصبح أحمر أو توهج.

• كمية عالية بشكل غير طبيعي من اللعاب

• على رغم أنها ليست شائعة ، فقد يشعر المريض بالإحساس بالبرد.

• في ظروف غير عادية ، قد يصبح الطفل مفرط النشاط مؤقتاً

وتشمل فوائد الاسترخاء وربما يلغي الحاجة لحقن مخدر موضعي ([نوفوكين]). بالنسبة للمرضى الذين قد يحتاجون إلى كليهما ، فإن استخدام أكسيد النيتروجين / الأكسجين سيجعل الحقن أسهل بكثير للمريض.

لن يكون المريض "نائماً" في أي وقت ، وسيحصل المريض في جميع الأوقات على كمية أكبر من الأكسجين مما هو موجود في هواء الغرفة. سيتم مراقبة المرضى باستمرار من قبل طبيب الأسنان والموظفين ، ويمكن للوالد أن يكون حاضراً أيضاً عند الطلب.

إذا كنت ترغب في التواجد ، فيرجى تقديم ملاحظة في الجزء العلوي من هذا النموذج وسنكون سعداء بجدولة موعد لك على راحتك.

أوافق (I consent) لطفلي لتلقي التخدير أكسيد النيتروز بحسب ما تقتضيه الضرورة من قبل طبيب الأسنان. أفهم أن فريق طب الأسنان سيحاول الاتصال بي قبل إعطاء أكسيد النيتروز.

لا أوافق (I do not consent) على حصول طفلي على تخدير أكسيد النيتروز.



Signature (Parent/Guardian)

التوقيع (ولي الامر/الوصي)

Phone Number

رقم الهاتف

Date

التاريخ

يرجى مراجعة المعلومات التالية
وصف البرنامج
المراكز الصحية المدرسية - قسم صحة سينسيناتي (CHD)
مرحباً بكم في المركز الصحي المدرسي (SBHC).

يتيح المركز الصحي المدرسي رعاية طبية ورعاية أسنان ورعاية النظر لجميع الطلاب عند الحاجة. إذا مرض طفلك أو المراهق في المدرسة ، أو احتاج إلى فحص طبي أو فحص الرياضة البدنية أو تحصين أو رعاية روتينية للأسنان أو فحوصات بصرية ، فيمكن أن يساعدك المركز الصحي المدرسي.

يمكن لطبيب الأسنان رؤية طفلك في أحد مراكز طب الأسنان في المدارس: مدرسة Oyler ، وفي Aiken ، و Western Hills ، و Woodward و Withrow. و Crest Smiles Shoppe ، أو مراكز CHD الصحية الأخرى.

إذا عندك أسئلة أو بحاجة إلى مساعدة في التطبيق؟ اتصل ببرنامج الصحة المدرسية التابع لوزارة الصحة في سينسيناتي ، 357-2809 (513) ، أو اتصل بمرضة مدرسة طفلك.

حقوق المريض ومسؤولياته.

- الاحترام والمساواة في المعاملة والرعاية والإقامة المتاحة بغض النظر عن العرق أو العمر أو الجنسية أو العقيدة أو الجنس أو التوجه الجنسي.
- تقييم الرعاية الصحية وخطة الرعاية المقدمة بمشاركة المرضى.
- الوصول إلى التحدث بصراحة إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك المتاحة من القطاع الخاص.
- يتحمل المريض مسؤولية تنفيذ خطط العلاج الموصى بها.
- 30 يوماً المسموح بها لاستكمال نماذج التأمين أو العجز.
- يخبر المريض (SBHC) إذا تم تلقي العلاج في غرفة الطوارئ أو المستشفى.
- في حالة الطوارئ بعد ساعات العمل، يتصل المريض بالرقم 911 ، أو يذهب إلى أقرب غرفة للطوارئ.
- إذا كان لدى المريض مشكلة ملحة ويريد التحدث إلى مقدم طبي عند الطلب اتصل بالرقم: 357-7320 (513)

فيما يتعلق بالدفع مقابل الخدمات

- إذا لم يكن لديك تأمين صحي لطفلك ، فستكون مسؤولاً عن الفاتورة مقابل رسوم مخفضة. لن يتم حرمان أي طفل من الرعاية الطبية بسبب عدم قدرة الأسرة على دفع تكاليف الخدمات.
- إذا لم يكن لديك تأمين صحي لطفلك ، فسيتطلب منك الحصول على معلومات حول دخل أسرته لضمان الامتثال للمتطلبات الفيدرالية وتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على رسوم مخفضة أو متنازل عنها بناءً على جدول الرسوم المتفق عليه لوزارة الصحة في سينسيناتي. يتم الاحتفاظ كافة المعلومات سرية.
- لن يُحرم أي طفل من الرعاية الطبية بسبب عدم قدرة الأسرة على دفع تكاليف الخدمات.
- هل بحاجة إلى مساعدة لتقديم طلب للحصول على المعونة الطبية؟ توجه إلى مكتب مركزنا الصحي ، أو اتصل بالرقم 357-2787 (513).

فيما يتعلق بمشاركة معلومات الصحة

- يجوز للمركز الصحي المدرسي أن يطلب سجلات أو معلومات طبية من أي مقدم رعاية أو مركز للرعاية الصحية حيث تمت رؤية طفلك.
- سيتم إرسال نتائج الزيارة من قبل المركز الصحي المدرسي إلى الطبيب أو العيادة المنتظمة لطفلك.
- سيقوم كل من مركز الرعاية الصحية الأولية (PHHC) والمركز الصحي المدرسي و / أو ممرضة مدرسة وزارة الصحة في سينسيناتي بمشاركة المعلومات الطبية مع بعضهم البعض حسب الحاجة.
- المدارس لديها موارد مجتمعية أخرى متاحة ، بما في ذلك الصحة العقلية. إذا كانت هناك حاجة إلى خدمات الصحة العقلية ، فقد يقوم مزود المركز الصحي بإحالة المريض إلى مقدم في مدرسة طفلك أو موقع مجتمع. سيتصل بك مقدم خدمات الصحة العقلية للموافقة. سيقوم مزود المركز الصحي ومزود الصحة العقلية بتنسيق الرعاية حسب الحاجة. يتم الاحتفاظ بكافة المعلومات سرية.
- قد تتم مشاركة تواريخ الخدمة فيما يتعلق بطب الأسنان المكتمل ، والنظر والرعاية الطبية (مثل التحصين ، والفحوصات السنوية الجيدة للأطفال ورعاية الربو) مع مدرسة طفلك إذا وافقت وتوقع على نموذج التفويض المقدم مع هذه الموافقة.

I have the right to receive or review a copy of the Notice of Privacy Practices. I acknowledge that I was offered a copy of the Notice of Privacy Practices:

لدي الحق في تلقي أو مراجعة نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية. أقر بأنني تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية:

- I have received or reviewed a copy (signature and date)_

• لقد استلمت أو راجعت نسخة (التوقيع والتاريخ)

- I do not want a copy (signature and date) _

• لا أريد نسخة (التوقيع والتاريخ)

I authorize the SBHC to call my home phone or cell phone and leave a message with an adult who answers the telephone or on a voicemail pertaining to my child's medical care, including laboratory results.

أصرح لـ SBHC بالاتصال بهاتفي المنزلي أو هاتفي الخليوي وترك رسالة مع شخص بالغ يرد على الهاتف أو على بريد صوتي يتعلق بالرعاية الطبية لطفلي ، بما في ذلك نتائج المختبر.

Signature – Parent or Guardian: _____ التوقيع – ولي الامر أو الوصي