



## Student Medical History Form

### نموذج التاريخ الطبي للطالب

Please complete the attached medical form as part of your admission process, and return them to the School Nurse.

All health information should always be shared with your School Nurse, either through a written history or an individual personal interview. This accurate and up-to-date health information on your child is essential and will help the Nurse to care for him/her fully. If throughout the year your child's health needs change, then please do let the Nursing Team know immediately.

The information given to the School Nurse is considered to be both privileged and confidential. This means that the information will be shared only on a need-to-know basis for the safety and well-being of your child.

Please contact the School Nurse with any questions or at any time throughout the year.

Thank you for your cooperation.

يرجى ملء النموذج الطبي المرفق كجزء من عملية القبول ، وإعادته إلى ممرضة المدرسة.

يجب دائماً مشاركة جميع المعلومات الصحية مع ممرضة المدرسة الخاصة بك ، إما من خلال سجل مكتوب أو مقابلة شخصية فردية. تعد هذه المعلومات الصحية الدقيقة والمحدثة عن طفلك ضرورية وستساعد الممرضة على العناية به / بها بشكل كامل. إذا تغيرت احتياجات طفلك الصحية طوال العام ، فيرجى إخبار فريق التمريض على الفور. تعتبر المعلومات المقدمة لممرضة المدرسة أولوية و سرية. هذا يعني أنه سيتم مشاركة المعلومات فقط على أساس الحاجة إلى المعرفة من أجل سلامة وصحة طفلك في حال وجود أي أسئلة، يرجى التواصل مع ممرضة المدرسة في أي وقت طوال العام. شاكرين لكم حسن تعاونكم.

شكراً لتعاونكم.

## New Admission Student Health Form

### نموذج صحي جديد

In order to provide the best possible school health and emergency care, please complete this form with all required information.

|  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <b>Full Name of Child:</b> اسم الطفل :           |                                     | <b>Date of Birth:</b> تاريخ الميلاد :    |
| <b>Gender:</b> Male / Female الجنس ذكر/أنثى      | <b>Grade:</b> الصف :                | <b>Date of Admission:</b> تاريخ القبول : |
| <b>Parent/Guardian Name:</b> اسم الوصي/ولي الأمر | <b>Mobile Number:</b> رقم المتحرك : | <b>Relationship:</b> صلة القرابة :       |
| <b>Parent/Guardian Name:</b> اسم الوصي/ولي الأمر | <b>Mobile Number:</b> رقم المتحرك : | <b>Relationship:</b> صلة القرابة :       |
| <b>Emergency Contact:</b> في حال الطوارئ         | <b>Mobile Number:</b> رقم المتحرك : | <b>Relationship:</b> صلة القرابة :       |
| <b>Medical Contact Name:</b> اسم المركز الصحي    | <b>Telephone:</b> رقم الهاتف :      | <b>Facility:</b>                         |

## Student Health History

### التاريخ الطبي للطالب

Does your child have any of the following health problems? If yes, please provide details such as diagnosis and current treatment.

You will be required to complete an Individual Health Plan Form for some of the conditions as shown below \*

هل يعاني طفلك من أي من المشكلات الصحية التالية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فيرجى تقديم تفاصيل مثل التشخيص والعلاج الحالي. سيطلب منك إكمال نموذج خطة الصحة الفردية لبعض الشروط كما هو موضح أدناه \*

| Health Problems<br>المشكلة الصحية                     | Yes<br>نعم | No<br>لا | Details<br>التفاصيل |
|---|------------|----------|---------------------|
| 1 Allergies* حساسيات                                  |            |          |                     |
| 2 G6PD Deficiency نقص G6PD                            |            |          |                     |
| 3 Asthma* الربو                                       |            |          |                     |
| 4 Neurological Problems أمراض عصبية                   |            |          |                     |
| 5 Seizure Disorder/Epilepsy* اضطراب النوبات / الصرع * |            |          |                     |
| 6 Diabetes* سكري                                      |            |          |                     |
| 7 Frequent Infections عدوات متكررة                    |            |          |                     |
| 8 Hearing difficulties صعوبة في السمع                 |            |          |                     |
| 9 Frequent Headaches صداع متكرر                       |            |          |                     |
| 10 Heart Problems* امراض قلبية                        |            |          |                     |
| 11 Kidney/Urinary Problems مشاكل في الكلى             |            |          |                     |
| 12 Menstrual Problems مشاكل الحيض                     |            |          |                     |
| 13 Glasses/Contact Lenses النظارات / العدسات اللاصقة  |            |          |                     |
| 14 Emotional/mental problems مشاكل عقلية/ عاطفية      |            |          |                     |

|    |                               |            |  |  |
|----|-------------------------------|------------|--|--|
| 15 | Other health problems<br>أخرى | مشاكل صحية |  |  |
|----|-------------------------------|------------|--|--|

**Please describe and past or present serious illnesses, physical or emotional disabilities.**  
يرجى وصف الأمراض الخطيرة السابقة أو الحالية ، والإعاقات الجسدية أو العاطفية

**Is your child on any regular medications? If so, please list below:** هل طفلك على أي أدوية منتظمة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى ذكرها أدناه :

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Insurance Provider** شركة التأمين

| <b>Parent/Guardian Name</b><br>اسم ولي الأمر/الوصي : | <b>Signature</b><br>التوقيع : | <b>Date of Completion</b><br>التاريخ : |
|--|-------------------------------|--|
|  |                               |  |