

استمارة الموافقة على أخذ اللقاح

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____
 عنوان الشارع: _____ المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____
 رقم الهاتف: _____ ذكر أنثى (حَوِّط إجابة واحدة)
 اسم المدرسة: _____ الصف: _____

الأهلية للموافقة على أخذ اللقاح:

نوع التأمين (ضع دائرة حول اختيارك): تأمين طبي خاص تأمين الميديكيد (Medicaid) بدون تأمين لديه تأمين غير كافي من الأمريكيين
 الهنود/ سكان الأسكا الأصليين

اسم ولي الأمر/الوصي: _____

الموافقة على التفويض : ستراجع المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) معلومات طفلي في سجل تحسين الرعاية في ميشيغان (MCIR). بناءً على المعلومات الموجودة في سجل تحسين الرعاية في ميشيغان (MCIR)، أُخوِّل المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) بإعطائه جميع اللقاحات الموصى بها أو اللازمة لعمره/عمرها. تسمح استمارة الموافقة هذه بإعطاء جرعات عدة من اللقاح إذا تم تحديد هذا طبيًا. سيتم استخدام مزيج من اللقاحات بحسب توفرها، إلا في حال تم تحديد عكس ذلك.

لقد قرأت وفهمت بيان معلومات اللقاح للقاح (اللقاحات) الموصى به، والمتوفر على الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.michigan.gov/mdhhs. أنا أفهم فوائد ومخاطر اللقاح (اللقاحات) الموصى به. أنا أفهم أن اللقاح (اللقاحات) التي يتم إعطاؤه يتم إدخاله في سجل تحسين الرعاية في ميشيغان (MCIR). سنتنهي صلاحية هذه الاستمارة بعد إعطاء اللقاح الأخير من سلسلة اللقاحات.

لا	نعم	الرجاء وضع علامة على نعم أو لا
		هل يعاني الطفل من أي حساسية تجاه الأدوية أو الطعام أو أحد مكونات اللقاح أو اللاتكس (نوع من المطاط)؟
		هل عانى الطفل من رد فعل خطير على القاح في الماضي؟
		هل يعاني الطفل من مشكلة صحية في أمراض الرئة، القلب، الكلى أو أمراض الأيض (السكري)، الربو أو اضطرابات الدم؟
		هل هو/هي على العلاج طويل الأمد بالأسبيرين؟
		هل أصيب العميل أو أحد الأخوة أو أحد الوالدين بنوبة صرع؟ هل كان العميل يعاني من مشاكل في الدماغ أو مشاكل أخرى في الجهاز العصبي؟
		هل يعاني العميل من السرطان، سرطان الدم (اللوكيميا) أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو أي مشكلة أخرى في الجهاز المناعي؟
		في الأشهر الثلاثة الماضية، هل تناول العميل الأدوية التي تضعف جهاز المناعة، مثل الكورتيزون، الستيرويدات، المنشطات الأخرى أو الأدوية المضادة للسرطان، أو خضع للعلاج الإشعاعي؟
		في العام الماضي، هل تلقى العميل نقل دم أو مشتقاته، أو تم إعطاؤه الغلوبولين المناعي (جاما) أو دواء مضاد للفيروسات؟
		هل العملية حامل أم أن هناك فرصة لتحمل خلال الشهر القادم؟
		هل تلقى العميل أي لقاحات في الأسابيع الأربعة الماضية؟
		هل أجرى العميل فحص الجلد في هذا الشهر؟

اشرح الإجابات التي كانت "نعم":

نرتقي جميعًا. عندما يرتقي الطلاب.

لا تمارس المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) أي تمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس، التوجه الجنسي، التحول الجنسي، الإعاقة، العمر، الدين، الطول، الوزن، المواطنة، الحالة الاجتماعية أو الأسرية، الحالة العسكرية، النسب، المعلومات الوراثية، أو غيرها من الفئات المحمية بموجب القانون، في برامجها وأنشطتها التعليمية، بما في ذلك التوظيف والقبول. هل لديك أسئلة؟ أو مخاوف؟ إتصل بمنسق الحقوق المدنية على الرقم 240-4377-(313) أو الرابط:

3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 أو العنوان التالي: dpscd.compliance@detroitk12.org

توقيع ولي الأمر/ الوصي _____ التاريخ _____

الرجاء الملاحظة!!!! قسم رفض أخذ اللقاحات أدناه

أكمل القسم أدناه إذا كنت لا تريد أن يأخذ طفلك لقاحًا

رفض أخذ اللقاح : ضع علامة صح إلى جانب اللقاح (اللقاحات) الذي لا تريد أن يتلقاه طفلك وقم بالتوقيع.

<input type="checkbox"/> شلل الأطفال	<input type="checkbox"/> المكورات السحائية (ACWY)	<input type="checkbox"/> المكورات الرئوية	<input type="checkbox"/> الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي
<input type="checkbox"/> فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)	<input type="checkbox"/> الإنفلونزا	<input type="checkbox"/> الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية	<input type="checkbox"/> مستدمية النزلية من النوع b
<input type="checkbox"/> جدري الماء	<input type="checkbox"/> المكورات السحائية (Men B)	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي نوع B	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي نوع A

يجب ألا يتلقى طفلي، كما هو مذكور أعلاه، اللقاحات المحددة بعلامة صح. أنا أفهم العواقب المحتملة لعدم السماح لطفلي بتلقي اللقاحات الموصى بها.

توقيع ولي الأمر/ الوصي _____ التاريخ _____

نرتقي جميعاً. عندما يرتقي الطلاب.

لا تمارس المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) أي تمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس، التوجه الجنسي، التحول الجنسي، الإعاقة، العمر، الدين، الطول، الوزن، المواطنة، الحالة الاجتماعية أو الأسرية، الحالة العسكرية، النسب، المعلومات الوراثية، أو غيرها من الفئات المحمية بموجب القانون، في برامجها وأنشطتها التعليمية، بما في ذلك التوظيف والقبول. هل لديك أسئلة؟ أو مخاوف؟ إتصل بمنسق الحقوق المدنية على الرقم 313-240-4377 أو الرابط:

3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 أو العنوان التالي: dpscd.compliance@detroitk12.org