Public Schools | Health Department
Office of School Health

إذا كُنت ترغب في أن يتمَّ فحصُ طِفلك من قِبل طبيب عُيون،
لا تَقُم بتعبئة هذه الاستمارة.

عزيزي الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر،

يسُرُّ مكتب الصِّحة المدرسية أن يقدم فحوصات بصرية وخدمات قياس البصر مجاناً. يُقيّم الفحص الأوَّلي للبصر مدى قدرة التَّلاميذ على رؤية الأشياء عن قرب ومن مسافة بعيدة، باستخدام مخططات العين وغيرها من المعدات، مما يساعد في تحديد ما إذا كان هناك حاجة إلى إجراء فحص شامل للعين. إذا لم يجتز التِّلميذ(ة) الفحص، فسيتم إحالته إلى طبيب عيون في الموقع لإجراء فحص متابعة. هذا الفحص هو فحص خارجي للعين — لن يتم وضع أي أدوات أو قطرات في عيون التِّلميذ(ة) أثناء الفحص.

سوف يحضر طبيب عيون إلى مدرسة طفلك في يوم _____. إذا لزم الأمر، سيصِف الطبيب نظارة طبية، وسيقوم أحد أعضاء فريق البرنامج لدينا بمساعدتك في اختيار الإطار المناسب من المورِّد المتعاقد معنا. سيتم تزويدك بنتائج الفحص، وفي بعض الحالات، قد يوصي الطبيب بإجراء فحص شامل للعين.

نظراً لأن فحوصات النَّظر إلزامية بموجب تعليمات المستشار رقم (A-701)، فإن التَّلاميذ مؤهلون لإجراء فحص النظر وسيخضعون له. ومع ذلك، يمكن للآباء/ أولياء الأمور رفض إجراء الفحص المجاني للعين عن طريق ملء القسم أدناه وإعادة هذه الإستمارة إلى مدرسة طفلك. إذا لم يتم إرجاع الإستمارة، سيخضعُ التِّلميذ(ة) للفحص المجاني من قِبل طبيب العيون وسيحصُلُ على نظارة طبية، إذا تم التوصية بذلك.

إذا كان التِّلميذ(ة) بالفعل تحت رعاية طبيب عيون وترغب في حصوله على نظارة طبية مجانية، يرجى إرسال نسخة محدَّثة من الوصفة الطِّبية عبر الفاكس إلى الرقم 347-396-8965 أو عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان Eyefax2@health.nyc.gov.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذا البرنامج، فيمكنك الاتصال بمارسيا رودريغيز/Marcia Rodriguez، مشرفة وحدة المتابعة، على الرقم 718-786-5154 (بالإنكليزية/ الإسبانية) أو الرقم 855-771-3937.

مع فائق التقدير والاحترام،

توماس فيلان/Thomas Phelan
مدير برامج البصريات بالصحة المدرسية

لإستكشاف المزيد من المعلومات حول برنامج فحص البصر، قُم بمسح رمز الاستجابة السريعة ضوئياً.

لا أرغب في أن يتلقى طفلي فحوصات طبيب العُيون المجانية غير الجراحية والحُصول على النظارات المجانية الموصى بها من خلال برنامج فحص البصر التابع لإدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH).

اسم التلميذ(ة)_____

اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر_____

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر_____

التاريخ _____ رقم الهاتف _____ **إسم المدرسة:** _____