

## سجل معلومات الطفل

ولاية ميشيغان إدارة الخدمات البشرية - مكتب ترخيص الأطفال والبالغين

تعليمات: يجب تقديم كل المعلومات المطلوبة إلا إذا دُكر ما يُخالف ذلك. إذا لم تكن المعلومة معروفة أو لم تنطبق على هذه الحالة، سيكون الجواب المطلوب "غير معروف" أو "لا شيء". لا يُعتبر الحقل الفارغ أو الخط داخل الحقل أو الاختصار الانجليزي "N/A" جواباً مقبولاً.

تاريخ الخروج		تاريخ الدخول		للاستخدام من قبل مزود الخدمة فقط:	
تاريخ ولادة الطفل		اسم الطفل (اللقب والاسم الأول والحرف الأول من الاسم الثاني)			
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان (لرقم والشارع ورقم العمارة/ الشقة)		
هاتف المنزل	اسم الأم/ الولية الشرعية		هاتف المنزل	اسم الأب/ الولي الشرعي	
( )			( )		
الهاتف الجوال (الخلوي)	عنوان المنزل (إن كان مخالفاً لعنوان الطفل)		الهاتف الجوال (الخلوي)	عنوان المنزل (إن كان مخالفاً لعنوان الطفل)	
( )			( )		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	الرمز البريدي	الولاية	المدينة
البريد الإلكتروني (اختياري)			البريد الإلكتروني (اختياري)		
هاتف العمل	اسم رب العمل		هاتف العمل	اسم رب العمل	
( )			( )		
رقم هاتف طبيب الطفل أو العيادة الطبية			اسم طبيب الطفل أو العيادة الصحية		
( )					
المستشفى المفضل لعلاج الطوارئ (اختياري)					
الحساسيات والاحتياجات الخاصة والتعليمات الخاصة (أرفق أوراقاً إضافية إذا اقتضت الحاجة).					

راجع ظهر الورقة

BCAL-3731 (Rev. 7-12) Previous editions 9-09,3-08, 10-07, & 1-06 may be used until 12/31/13.

اتصالات الطوارئ وخروج الطفل من المستشفى: أذكر قائمة كل الأفراد بما في ذلك الوالدين/ الأولياء الشرعيين حسب ترتيب التفضيل للاتصال بهم في حالات الطوارئ. إذا أمكن، أذكر شخصاً واحداً على الأقل دون الوالدين/ الأولياء الشرعيين للاتصال به في حالات الطوارئ ومن يكون مسؤولاً عن الطفل عند خروجه من المستشفى. يمكن الإبقاء على العمود الثاني لرقم الهاتف فارغاً. (إذا كان أكثر من شخص واحد، أرفق أوراقاً إضافية).					
1.	( )	( )	( )	( )	( )
2.	( )	( )	( )	( )	( )
3.	( )	( )	( )	( )	( )
خروج الطفل فقط: أذكر قائمة كل الأفراد بما في ذلك الوالدين/ الأولياء الشرعيين حسب ترتيب التفضيل الذين قد يكونون مسؤولين عن الطفل عند خروجه من المستشفى. (إذا كان أكثر من شخص واحد، أرفق أوراقاً إضافية).					
1.	( )	( )	3.	( )	( )
2.	( )	( )	4.	( )	( )

أسمح لـ _____ (اسم مزود الخدمة)	مرخص من طرف مصلحة الخدمات البشرية
لتضمين العلاج الطبي الطارئ وأو العلاج الجراحي الطارئ للطفل القاصر المذكور اسمه أعلاه أثناء الرعاية.	
توقيع الولي أو الوصي	تاريخ التوقيع

تاريخ مراجعة البطاقة	الحروف الأولى لاسم الولي أو الوصي الشرعي	تاريخ مراجعة البطاقة	الحروف الأولى لاسم الولي أو الوصي الشرعي	تاريخ مراجعة البطاقة	الحروف الأولى لاسم الولي أو الوصي الشرعي	تاريخ مراجعة البطاقة	الحروف الأولى لاسم الولي أو الوصي الشرعي
<p>لن تتوخى مصلحة الخدمات البشرية التمييز ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق أو الدين أو العمر أو البلد الأصلي أو اللون أو القامة أو الوزن أو حالة الزواج أو الجنس أو الميول الجنسية أو الهوية الجنسية أو التعبير أو الاعتقادات السياسية أو الإعاقة. إذا احتجت إلى المساعدة للقراءة أو الكتابة أو السمع، إلخ، يمكنك أن تعبر عن احتياجاتك حسب القانون الأمريكي للمعاقين (Americans with Disabilities Act) لموظف من مصلحة الخدمات البشرية في منطقتك.</p>							