

学校保健服务计划

请仔细阅读有关学生保健服务的政策和程序，然后填写以下表格，并签署本文件中的必要同意书。同意书必须完成，以便您（如果您为 18 周岁或以上的学生）或您的孩子参加学校保健服务计划。请将填写好的文件提交给您孩子所在学校的注册主管。

学生个人信息 由家长/监护人/学生（如已年满 18 周岁或以上）填写				
学生姓氏：		学生名字：		出生日期：
学校名称或托儿所名称：				
家庭住址：	公寓号：	城市：	州：	邮编：
族裔指称：（请选择所有适用项） <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 不愿回答				
种族：（请选择所有适用项） <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不愿回答				
父母/监护人信息				
家长/监护人姓名 1：		家长/监护人姓名 2：		
电话：	电子邮件：	电话：	电子邮件：	
与学生的关系：		与学生的关系：		
家长/监护人电话：		家长/监护人电话：		
紧急联系人姓名，与学生的关系：		紧急联系人电话：		
保险信息				
保险类型： <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 无保险		保险名称/身份识别号码： 保险计划：		
如果您的孩子没有健康保险，您是否愿意临床个案经理与您联系，协助您获得健康保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
初级保健提供者姓名：				
初级保健提供者组织和地址：				
初级保健提供者电话：				

学校保健服务计划政策和程序

- 学生可以根据哥伦比亚特区（特区）的法律法规以及哥伦比亚特区卫生部 (DC Health) 学校保健服务计划 (SHSP) 的政策和程序，从学校护士、学校保健室人员或受过培训的学校教职员工处接受护理。
- 我明白，我必须提供同意书，允许学生的医疗服务提供者以电子方式将我孩子的健康信息，包括但不限于通用健康证中的信息，发送给我孩子所在的学校，才能参与 SHSP。与我孩子在学校所接受护理相关的信息可能会与哥伦比亚特区其他机构共享，以协调我孩子的护理工作，并用于全哥伦比亚特区数据收集，例如监测哥伦比亚特区的哮喘或其他健康趋势。
- 我孩子的健康信息将始终按照哥伦比亚特区和联邦法律法规进行存储和转移，包括但不限于 1974 年《家庭教育权利和隐私法》(FERPA)、1996 年《健康保险可携性和责任法》(HIPAA)、《经济和临床健康信息技术法》(HITECH) 以及《哥伦比亚特区法律》(D.C.Law) 第 18 篇第 273 节、2010 年《数据共享和信息协调修正法》（哥伦比亚特区官方法典 (D.C. Official Code) 第 7 篇第 241 节等。）
- 根据《哥伦比亚特官方法典》第 7 篇第 1231.02(10) 节规定，年满 18 周岁及以上的学生，或脱离父母而能完全独立生活之未成年人学生，可自行填写此表格，并合法同意接受任何学校保健服务。
- 根据《未成年人健康同意条例》（《哥伦比亚特区市政条例》(DCMR) 第 22-B 篇第 600.7 节），未成年人可以合法同意预防、诊断或治疗（1）怀孕或合法终止孕期；（2）药物滥用，包括药物和酒精滥用；（3）精神或情绪健康状况，或（4）性传播疾病。此外，在学生健康受到威胁的情况下，实施紧急急救治疗或提供服务无需家长同意。

学校保健服务计划确认和同意书

- 我在此同意，如果我的孩子在过去一个日历年中没有根据其提交的通用健康证接受听力和视力筛查，我孩子所在学校或学校保健室人员可以提供听力和视力筛查检测。
- 我特此同意学校或学校保健室人员根据我孩子的持执照医疗保健提供者的指示，按照《哥伦比亚特区官方法典》第 38 篇第 651 节，以及在紧急情况下，按照《哥伦比亚特区官方法典》第 38 篇第 656 节，对我孩子施用处方药物和/或进行治疗。

我明白：

- 我有责任提交学校的保健表格，包括但不限于：如果我的孩子需要特殊的医疗护理或药物治疗，我有责任向我孩子所在学校提交由我孩子的医疗机构所签署的《药物和医疗程序治疗方案》、《哮喘行动方案》、《过敏性休克行动方案》、《饮食调节表》或其他予以接受的学校保健表格。我有责任每年为我的孩子提交一份最新的学校保健表。
- 我有责任将填妥的学校保健表上所列的任何所需药物或医疗用品带到学校护士处，并确保它们以原包装形式提供。所有药物或医疗用品将予以存放于学校的安全区域。
- 我有责任在药品过期后的一周内和学年结束后的一周内收回所有保存在学校的过期药品。我明白，未收回的药物将被销毁。保健室人员对可能丢失的药物或医疗用品不承担任何责任。
- 如果《用药和医疗程序治疗方案》发生变化，我有责任立即通知学校，并向学校提供所有最新的学校保健表。我可以直接打电话给保健室或拨打学校主机电话来联系保健室的工作人员。
- 我明白学校或学校医务人员对我孩子未经授权的自我用药或治疗不承担任何责任。我的孩子只有在得到持执照医疗机构的指示并符合所填学校保健表格的情况下，才可以自我治疗或自我施用哮喘、过敏性疾病或糖尿病药物。
- 我特此承认并同意，根据《哥伦比亚特区官方法典》第 38-651.11 节的规定，哥伦比亚特区、学校、其雇员和代理人（包括学校护理人员）或执业医师、医生助理或高级执业护士，对于与其真诚履行《哥伦比亚特区官方法典》第 38-651.01 等节规定的职责有关或由此而产生的任何行为或不行为，应被豁免民事责任，但犯罪行为、蓄意不当行为、严重疏忽或执意不当行为除外。我明白我必须在学生可以接受保健服务之前完成并提交此表格。

学生姓名（以大写字母书写姓名） _____ 家长/监护人姓名（以大写字母书写姓名） _____

家长/监护人签名/学生（如果年满 18 周岁或以上） _____ 日期 _____

学校保健服务远程保健计划条款和条件

学校保健服务远程保健计划让学生在所在学校接受医疗保健提供者的远程看诊。在下方签字即代表我明白、承认并同意：

- 我的孩子可以参加通过视频（视频会议）或电话（电话会议）与可能处于校外地点的医疗保健提供者（如行为保健提供者）进行的预约。医疗保健提供者可能决定需要亲自复诊，或需要紧急护理或紧急服务。
- 除了我孩子的医疗保健团队和医疗保健提供者外，操作录像设备的个人也可能在场，其接受过培训以对所获得的所有信息进行保密。学生有权要求：（1）提供其病史/体检的具体细节；（2）非医务人员离开检查室；或（3）随时终止看诊。
- 我可以选择不为我的孩子进行远程保健预约。
- 我授权医疗机构或其医护人员向我孩子的健康保险计划或任何其他可能负责支付与该次就诊有关医疗费用的代理人发布任何和所有信息。我进一步授权学校保健服务远程保健计划因法律或法规要求，或为保护我孩子的健康和安全之必须，向学校官员和 DC Health 发布具体的医疗信息。
- 我的保险可能会被用于支付远程保健服务的费用。我明白我有责任提供保险信息，并负责支付因此项服务而产生的任何额外共付额或费用。就经远程医疗所提供的任何服务，任何哥伦比亚特区 Medicaid 管理式护理组织的参保者均不会收到账单。与该计划相关的所有费用均由保险公司决定。本项服务可能收取针对初级保健就诊所需的任何共付额。我明白因提供远程保健而产生的任何款项或福利将被分配和转移至医疗保健提供者，包括来自自我健康计划、Medicaid、或其他对我孩子的医疗服务负有经济责任的第三方的福利/款项。我授权公布所需所有信息（包括但不限于病历、索赔单和分项账单的复印件），以核实付款情况，并根据需要用于其他公共卫生目的。
- 如果我在任何时候对所提供的服务不满意，我可以通过拨打电话向监察员小组提出投诉：(202) 724-7491 或发送电子邮件至 healthcareombudsman@dc.gov。投诉应经学校保健服务计划门户网站：<https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/> 进行提交。
- 该同意书将在学生入学期间有效。我也明白，我有权随时撤销我的同意，只需向保健室工作人员提供一封经签署和注明日期的撤销同意书。

学生姓名（以大写字母书写姓名） _____ 家长/监护人姓名（以大写字母书写姓名） _____

家长/监护人签名/学生（如果年满 18 周岁或以上） _____ 日期 _____

版本 07.23.2024 4