

CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG

Vui lòng điền vào mẫu đơn dưới đây sau khi xem xét cẩn thận các chính sách và quy trình quản lý các dịch vụ y tế dành cho học sinh, sau đó ký vào đơn đồng ý được yêu cầu có trong tài liệu này. Việc này là bắt buộc để quý vị (nếu quý vị là học sinh từ 18 tuổi trở lên) hay con quý vị tham gia vào Chương trình dịch vụ y tế học đường Vui lòng gửi tài liệu đã hoàn thành cho cơ quan đăng ký trường học của con quý vị.

Thông Tin Cá Nhân của Học Sinh Do phụ huynh/người giám hộ/học sinh (nếu từ 18 tuổi trở lên) hoàn thành.				
Họ của Học Sinh:		Tên của Học Sinh:		Ngày Sinh:
Tên của Trường Học hoặc Cơ Sở Giữ Trẻ:				
Địa Chỉ Nhà:	Căn Hộ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:
Dân Tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không phải Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời				
Chủng Tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Da Đen/ Người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii/ Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời				
Thông Tin Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ				
Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ 1:			Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ 2:	
Điện Thoại:	Email:	Điện Thoại:	Email:	
Mối Quan Hệ với Học Sinh:			Mối Quan Hệ với Học Sinh:	
Số Điện Thoại của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:			Số Điện Thoại của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:	
Tên Liên Hệ Khẩn Cấp, Mối Quan Hệ với Học Sinh:			Số Điện Thoại Liên Hệ Khẩn Cấp:	
Thông Tin Bảo Hiểm				
Loại Bảo Hiểm: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Tư Nhân <input type="checkbox"/> Không Có		Tên/Số ID Bảo Hiểm:		
		Chương Trình Bảo Hiểm:		
Nếu con quý vị không có bảo hiểm y tế, quý vị có muốn được người quản lý hồ sơ lâm sàng liên hệ để được hỗ trợ về việc nhận bảo hiểm y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:				
Tổ Chức & Địa Chỉ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:				
Số Điện Thoại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:				

CÁC CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG

- Học sinh có thể nhận được sự chăm sóc từ y tá của trường, nhân viên phòng y tế trường học hoặc nhân viên nhà trường được đào tạo theo luật và quy định của DC (District) và các chính sách và thủ tục của Chương Trình Dịch Vụ Y Tế Trường Học của Sở Y Tế (DC Health) của DC (SHSP).
- Tôi hiểu để tham gia SHSP, tôi phải đồng ý cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của học sinh gửi thông tin sức khỏe bản điện tử của con tôi bao gồm, nhưng không chỉ gồm thông tin trong Giấy Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát, đến trường của con tôi. Thông tin liên quan đến dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho con tôi tại trường của con tôi có thể được chia sẻ với các cơ quan khác của DC nhằm mục đích điều phối việc chăm sóc con tôi và để thu thập dữ liệu trên toàn DC, ví dụ như để theo dõi bệnh hen suyễn hoặc các xu hướng y tế khác trong DC.
- Thông tin y tế của con tôi sẽ luôn được lưu trữ và chuyển giao theo luật pháp và quy định của DC và liên bang, bao gồm nhưng không chỉ gồm Đạo Luật Quyền Riêng Tư và Quyền Giáo Dục Gia Đình năm 1974 (FERPA), Đạo Luật Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA) , đạo luật Công Nghệ Thông Tin Sức Khỏe cho Sự Lành Mạnh về Kinh Tế và Lâm Sàng (HITECH) và D.C. Luật 18-273, Đạo Luật Sửa Đổi Điều Phối Thông Tin và Chia Sẻ Dữ Liệu năm 2010 (Bộ Luật Chính Thức D.C. § 7-241 et seq.)
- Học sinh từ mười tám (18) tuổi trở lên, hoặc trẻ vị thành niên tự lập, theo định nghĩa của Bộ Luật Chính Thức D.C. sec. 7-1231.02 (10) có thể tự điền vào mẫu đơn này và đồng ý về mặt pháp lý đối với bất kỳ dịch vụ y tế nào của trường.
- Theo Quy Định về Sự Đồng Ý Chăm Sóc Sức Khỏe Trẻ Vị Thành Niên (22-B DCMR 600.7), đối với trẻ vị thành niên có thể đồng ý về mặt pháp lý đối với việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị (1) mang thai hoặc việc chấm dứt hợp pháp; (2) lạm dụng chất kích thích, bao gồm lạm dụng ma túy và rượu; (3) tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc cảm xúc, hoặc (4) bệnh lây truyền qua đường tình dục. Ngoài ra, không cần sự đồng ý của cha mẹ đối với việc áp dụng phương pháp điều trị sơ cứu khẩn cấp hoặc cung cấp các dịch vụ khi sức khỏe của học sinh gặp nguy hiểm.

CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý

- Tôi, bằng văn bản này, đồng ý cho nhân viên của phòng y tế trường học hoặc trường học của con tôi cung cấp kiểm tra sàng lọc thính giác và thị lực nếu con tôi chưa nhận được kiểm tra lần nào trong năm vừa qua theo Giấy Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát mà chúng đã nộp.
- Tôi, bằng văn bản này đồng ý cho trường học hoặc nhân viên phòng y tế trường học quản lý thuốc kê toa và/hoặc điều trị cho con tôi theo chỉ dẫn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép của con tôi, theo Bộ Luật Chính Thức D.C § 38-651 và trong các trường hợp khẩn cấp, theo Bộ Luật Chính Thức D.C § 38-656.

Tôi hiểu rằng:

- Tôi chịu trách nhiệm nộp các mẫu đơn y tế học đường bao gồm nhưng không chỉ gồm: Kế Hoạch Điều Trị Bằng Thuốc và Thủ Tục Y Tế, Kế Hoạch Hành Động Chống Hen Suyễn, Kế Hoạch Hành Động Chống Sốc Phản Vệ, Mẫu Đơn Điều Chỉnh Chế Độ Ăn Uống hoặc mẫu đơn y tế học đường được chấp nhận khác do nhà cung cấp dịch vụ y tế của con tôi ký gửi cho trường của con tôi nếu con tôi cần chăm sóc y tế hoặc thuốc đặc biệt. Tôi chịu trách nhiệm gửi mẫu đơn y tế học đường cập nhật hàng năm cho con tôi.
- Tôi chịu trách nhiệm mang bất kỳ loại thuốc hoặc vật tư y tế cần thiết nào được liệt kê trong mẫu đơn y tế hoàn chỉnh của trường học, trong bao bì gốc, cho y tá của trường. Tất cả thuốc hoặc vật tư y tế sẽ được cất giữ trong khu vực an toàn của trường.
- Tôi chịu trách nhiệm thu gom tất cả các loại thuốc đã hết hạn lưu giữ ở trường trong vòng một tuần kể từ ngày hết hạn và trong vòng một tuần sau khi kết thúc năm học. Tôi hiểu rằng thuốc không được thu gom sẽ bị tiêu hủy. Nhân viên phòng y tế không chịu bất kỳ trách nhiệm nào đối với việc mất thuốc hoặc vật tư y tế có thể xảy ra.
- Tôi có trách nhiệm thông báo ngay cho nhà trường nếu có bất kỳ thay đổi nào xảy ra trong Kế Hoạch Điều Trị Thủ Tục Giáo Dục và Y Tế và cung cấp tất cả các mẫu đơn y tế học đường được cập nhật cho nhà trường. Có thể liên hệ với nhân viên của phòng y tế bằng cách gọi trực tiếp cho phòng y tế hoặc gọi số điện thoại chính của trường.
- Tôi hiểu rằng trường học hoặc nhân viên y tế trường học sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm nào đối với việc tự dùng thuốc hoặc điều trị không được cấp phép của con tôi. Con tôi chỉ có thể tự điều trị hoặc tự dùng thuốc điều trị bệnh hen suyễn, sốc phản vệ hoặc tiểu đường nếu chúng được chấp thuận cho tự dùng thuốc theo chỉ dẫn của nhà cung cấp dịch vụ y tế được cấp phép và phù hợp với mẫu đơn y tế hoàn chỉnh của trường.
- Tôi xác nhận và đồng ý rằng, như được quy định trong Bộ Luật Chính Thức của D.C. mục 38-651.11, DC, trường học, nhân viên và đại diện, (nhân viên y tế của trường) hoặc bác sĩ hành nghề, trợ lý bác sĩ hoặc y tá hành nghề cao cấp ban hành luật có hiệu lực, sẽ được miễn trừ trách nhiệm dân sự đối với bất kỳ hành vi hoặc thiếu sót nào liên quan đến hoặc phát sinh từ việc thực hiện một cách thiện chí của họ đối với trách nhiệm theo Bộ Luật Chính Thức của D.C mục 38-651.01 và các mục tiếp theo, ngoại trừ các hành vi phạm tội, cố ý làm trái, hành vi bất cẩn hoặc hành vi sai trái cố ý. Tôi hiểu rằng tôi phải hoàn thành và nộp mẫu này trước khi học sinh có thể nhận được các dịch vụ sức khỏe.

Tên Học Sinh (in hoa) _____ Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (in hoa) _____

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh nếu từ 18 tuổi trở lên _____ Ngày _____

phiên bản 07.23.2024 3

ĐIỀU KIỆN VÀ ĐIỀU KHOẢN CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỪ XA CỦA DỊCH VỤ SỨC KHỎE HỌC ĐƯỜNG

Chương Trình Chăm Sóc Sức khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Y Tế Học Đường cho phép học sinh được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế thăm khám từ xa tại trường của các em. Bằng việc ký tên dưới đây, tôi hiểu, thừa nhận và đồng ý rằng:

- Con tôi sẽ tham gia vào các cuộc hẹn được thực hiện bằng video (họp trực tuyến qua video) hoặc cuộc gọi điện thoại (hội nghị qua điện thoại) với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, như nhà cung cấp sức khỏe hành vi có thể ở một địa điểm ngoài trường học. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể xác định rằng một buổi khám theo dõi trực tiếp hoặc các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu là bắt buộc.
- Ngoài nhà cung cấp và nhóm chăm sóc sức khỏe của con tôi, những cá nhân vận hành thiết bị video và được đào tạo để duy trì tính bảo mật của tất cả thông tin thu được cũng có thể có mặt. Học sinh có quyền yêu cầu: (1) bỏ qua các chi tiết cụ thể về tiền sử bệnh/khám sức khỏe của các em ; (2) yêu cầu các cá nhân không phải là nhân viên y tế rời khỏi phòng khám; hoặc (3) việc thăm khám được chấm dứt bất cứ lúc nào.
- Tôi có quyền từ chối một cuộc hẹn khám sức khỏe từ xa cho con tôi.
- Tôi cho phép nhà cung cấp hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe của họ tiết lộ bất kỳ và tất cả thông tin cho chương trình bảo hiểm y tế của con tôi hoặc bất kỳ đại diện nào khác có thể chịu trách nhiệm thanh toán các hóa đơn y tế liên quan đến cuộc thăm khám. Tôi cũng ủy quyền cho Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Y Tế Học Đường tiết lộ thông tin y tế cụ thể cho các viên chức trường học và DC Health, vì luật pháp hoặc quy định yêu cầu hoặc vì điều đó là cần thiết để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của con tôi.
- Bảo hiểm của tôi có thể được lập hóa đơn cho các dịch vụ Thăm Khám Từ Xa. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm cung cấp thông tin bảo hiểm và chịu trách nhiệm về bất kỳ khoản đồng thanh toán bổ sung hoặc khoản phí nào phát sinh từ dịch vụ này. Những người ghi danh vào bất kỳ Tổ Chức Chăm Sóc có Quản Lý nào của DC Medicaid sẽ không nhận được hóa đơn đối với bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp qua chăm sóc sức khỏe từ xa. Tất cả các chi phí đi kèm với chương trình này đều theo ý muốn của công ty bảo hiểm. Bất kỳ khoản đồng thanh toán nào là bắt buộc đối với các chuyến thăm khám chăm sóc chính có thể áp dụng cho dịch vụ này. Tôi hiểu rằng bất kỳ khoản tiền hoặc quyền lợi nào để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa đều sẽ được chỉ định và chuyển cho nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm cả quyền lợi/khoản tiền từ chương trình bảo hiểm y tế của tôi, Medicaid hoặc các bên thứ ba khác, những người chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc y tế của con tôi. Tôi cho phép tiết lộ tất cả thông tin cần thiết (bao gồm nhưng không chỉ gồm hồ sơ y tế, bản sao của các yêu cầu thanh toán và các hóa đơn được chia thành từng khoản) để xác minh việc thanh toán và khi cần cho các mục đích về sức khỏe cộng đồng khác.
- Nếu tôi không hài lòng với các dịch vụ được cung cấp bất kỳ lúc nào, tôi có thể gửi khiếu nại với nhóm Thanh Tra qua điện thoại: (202) 724-7491 hoặc qua email: healthcareombudsman@dc.gov. Cổng Thông Tin Chương Trình Dịch Vụ Sức Khỏe Học Đường tại: <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
- Mẫu đơn đồng ý này sẽ có hiệu lực trong suốt thời gian học sinh ghi danh vào trường học. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào bằng cách đưa cho nhân viên bộ phận y tế một lá thư có chữ ký và ghi ngày tháng để rút lại sự đồng ý của tôi.

Tên Học Sinh (in hoa) _____ **Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (in hoa)** _____

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh nếu từ 18 tuổi trở lên _____ **Ngày** _____

phiên bản 07.23.2024 4