

학교 보건서비스 프로그램

학생 보건서비스에 적용되는 정책 및 절차를 주의 깊게 검토한 후 아래 양식을 작성하신 다음 본문서에 포함된 필수 동의서에 서명해 주시기 바랍니다. 이는 귀하(18세 이상의 학생인 경우) 또는 귀 자녀가 컬럼비아 특별구 공립학교(District of Columbia Public School, DCPS) 학생들에게 제공되는 학교 보건서비스를 받는 데 있어 필수입니다. 작성된 양식을 자녀의 학교 등록 담당자에게 제출해 주시기 바랍니다.

| 학생 개인 정보 학부모/후견인/학생(18세 이상인 경우)이 작성 | | | | |
|--|------|----------------------|------|-------|
| 학생 성: | | 학생 이름: | | 생년월일: |
| 학교명 또는 보육 시설명: | | | | |
| 주택 주소: | 아파트: | 시: | 주: | 우편번호: |
| 민족적 지칭: (해당 항목 모두 표시) <input type="checkbox"/> 히스패닉계/라틴계 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 비히스패닉계/비라틴계 <input type="checkbox"/> 응답할 의향 없음 | | | | |
| 인종: (해당 항목 모두 표시) <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 응답할 의향 없음 | | | | |
| 부모/후견인 정보 | | | | |
| 부모/후견인 성명 1: | | 부모/후견인 성명 2: | | |
| 전화: | 이메일: | 전화: | 이메일: | |
| 학생과의 관계: | | 학생과의 관계: | | |
| 부모/후견인 전화번호: | | 부모/후견인 전화번호: | | |
| 비상 연락처 성명, 학생과의 관계: | | 비상 연락처 전화번호: | | |
| 보험 정보 | | | | |
| 보험 유형: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 민간 <input type="checkbox"/> 없음 | | 보험명/ID 번호: 보험 플랜: | | |
| 자녀가 건강 보험에 가입하지 않은 경우, 건강 보험 가입에 대한 지원을 받기 위해 임상 케이스 관리자의 연락을 받으시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | | | |
| 1차 진료제공자명: | | | | |
| 1차 진료제공자 단체 및 주소: | | | | |
| 1차 진료제공자 전화번호: | | | | |

학교 보건서비스 프로그램 정책 및 절차

- 컬럼비아 특별구 공립학교 학생은 컬럼비아 특별구(DC) 법률 및 규정과 DC 보건부(DC Health) 학교 보건서비스 프로그램(SHSP)의 정책 및 절차에 따라 보건교사, 학교 보건실 담당자 또는 훈련 받은 교직원으로부터 진료를 받을 수 있습니다.
- 본인은 SHSP에 참여하기 위해 학생의 의료서비스 제공자가 통합보건증명서(Universal Health Certificate)에 있는 정보를 포함하되 이에 국한되지 않는 자녀의 건강정보를 자녀의 학교에 전자적으로 전달할 수 있도록 동의해야 함을 이해합니다. 자녀의 학교에서 제 자녀에게 제공하는 진료 관련 정보는 자녀의 진료를 조율하고 DC 전역의 데이터 수집(예: DC 내 천식 또는 그 밖의 건강 경향 추적관찰용)을 위해 타 DC 기관과 공유될 수 있습니다.
- 자녀의 건강정보는 1974년 가족교육권리 및 개인정보보호법(Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA), 1996년 의료보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 경제적 및 임상적 건전성을 위한 의료 정보기술에 관한 법률(Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) 및 DC 법(DC Law) 18-273, 2010년 데이터 공유 및 정보 조정 개정법(Data-Sharing and Information Coordination Amendment Act)(DC Official Code § 7-241 이하 참조)을 포함하되 이에 국한되지 않는 DC 및 연방법 및 규정에 따라 항상 보관 및 이송됩니다.
- 컬럼비아 특별구 법전(DC Official Code) 제7-1231.02 (10)항에서 규정한 대로 18세 이상의 학생 또는 자립 미성년자는 스스로 이 양식을 작성하고 모든 학교 보건서비스에 대해 법적으로 동의할 수 있습니다.
- 미성년자 건강 동의 규정[Minor's Health Consent Regulation (22-B DCMR 600.7)]에 따라 미성년자는 (1) 임신 또는 적법한 임신 중절, (2) 약물 및 알코올 남용을 비롯한 약물 남용, (3) 정신적 또는 정서적 건강 상태, (4) 성병에 대한 예방, 진단 또는 치료에 법적으로 동의할 수 있습니다. 또한 학생의 건강이 위태로운 상황에서 응급처치 또는 의료 서비스를 제공하는 경우 부모의 동의가 필요하지 않습니다.

학교 보건서비스 프로그램 승인 및 동의

- 본인은 이로써 제출된 통합보건증명서(Universal Health Certificate)에 따라 지난해 자녀가 청력 및 시력 검사를 받지 못한 경우 자녀의 학교 또는 학교 보건실 담당자가 해당 검사를 제공하는 데 동의합니다.
- 본인은 이로써 DC Official Code § 38-651에 따라 그리고 응급 상황에서는 DC Official Code § 38-656에 따라 자녀의 유면허 의료서비스 제공자의 지시대로 학교 또는 학교 보건실 담당자가 자녀에게 처방된 약물 및/또는 치료를 제공하는 데 동의합니다.

본인은 다음을 이해합니다.

- 본인은 자녀가 특별한 의료 진료나 약물 치료가 필요한 경우 약물 및 의학적 시술 치료 계획, 천식 조치 계획, 아나필락시스 조치 계획, 식이 조절 양식 또는 자녀의 의료 제공자가 서명한 기타 승인된 학교 보건 양식을 포함하되 이에 국한되지 않는 학교 보건 양식을 자녀의 학교에 제출할 책임이 있습니다. 본인은 자녀를 위해 매년 갱신된 학교 보건 양식을 제출할 책임이 있습니다.
- 본인은 완전한 학교 보건 양식에 기재된 필요한 의약품이나 의료 용품을 원래 포장 상태로 보건교사에게 가져갈 책임이 있습니다. 모든 의약품 또는 의료 용품은 학교의 보안 구역에 보관됩니다.
- 본인은 유통기한 1주일 이내와 학년도 종료 1주일 이내에 학교에 보관된 모든 유통기간이 지난 의약품을 수거할 책임이 있습니다. 본인은 수거하지 않은 의약품은 폐기됨을 이해합니다. 보건실 담당자는 의약품 또는 의료 용품의 손실 가능성에 대해 어떠한 책임도 지지 않습니다.
- 본인은 교육 및 의료시술치료계획(Medical Procedure Treatment Plan)에 변경 사항이 발생하는 경우 즉시 학교에 고지하고 모든 갱신된 학교 보건 양식을 학교에 제공할 책임이 있습니다. 보건실 담당자에게는 보건실에 직접 전화하거나 학교 대표 전화번호로 전화하여 연락할 수 있습니다.
- 본인은 학교 또는 학교 보건실 담당자가 자녀의 승인되지 않은 자가 투약 또는 치료에 대해 어떠한 책임도 지지 않음을 이해합니다. 자녀는 유면허 의료 제공자의 지시대로 그리고 완전한 학교 보건 양식에 따라 자가 치료하도록 승인된 경우에만 천식, 아나필락시스 또는 당뇨병에 대한 약물을 자가 치료하거나 자가 투여할 수 있습니다.
- 본인은 DC Official Code 제38-651.11항에 명시된 바와 같이 DC, 학교, 교직원 및 대리인(학교 간호 직원 포함) 또는 개업의, 보조 의사, 스탠딩 오더를 내리는 전문간호사는 DC Official Code 제38-651.01항 이하 참조에 따라 범죄 행위, 고의적 잘못, 중대한 과실 또는 고의적 위법 행위를 제외한, 책임의 성실한 수행과 관련하여나 이로 인한 작위 또는 부작위에 대한 민사상 책임이 면제됨을 알고 이에 동의합니다. 본인은 해당 학생이 의료 서비스를 받을 수 있기 전에 본 양식을 작성하여 제출해야 함을 이해합니다.

학생 성명(정자체) _____ 부모/후견인 성명(정자체) _____

부모/후견인 서명/학생(18세 이상인 경우) _____ 날짜 _____



학생 보건교육기록 공유에 대한 동의

가족교육권리 및 개인정보보호법(Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA)은 학생 교육 기록에 포함된 학생의 개인정보를 보호하는 연방법입니다. 본 동의의 목적은 자녀를 담당하는 주요 학교 직원(예: 교장, 보건교사, 간호사 케이스 관리자, 504 조정관 및 특수 교육 담당 직원)이 외부 기관 및 학교 보건소(해당 학교에 있는 경우)를 포함한 건강 관련 기관 및 의료 서비스 제공자와 보건 관련 교육 기록을 공유할 수 있도록 하는 것입니다. 이를 통해 해당 직원들과 의료 서비스 제공자는 귀 자녀를 위한 건강 관련 서비스를 더욱 잘 조율할 수 있습니다. 협력 건강 서비스는 자녀의 건강 요구 사항을 더 잘 충족하고 자녀가 학교 학습 환경에 충분히 참여할 수 있도록 합니다. 학생들은 의료 제공자가 규정하거나 개별교육프로그램(IEP) 또는 섹션 504 계획(1973년 재활법(Rehabilitation Act) 제504항에 따라 신체적 또는 정신적 건강 장애가 있는 학생에게 추가 편의 시설 또는 서비스를 제공하기 위해 개발된 계획)에 지정된 추가 지원이 필요할 수 있습니다. 이들 서비스 중 일부는 보건교사가 제공하지 않거나 학교 보건실에서 제공되지 않을 수 있습니다. 이에 동의하는 경우, 다음을 작성하여 서명한 뒤 자녀 학교의 등록 담당자에게 제출하십시오.

| | |
|------------|----------------|
| _____ | _____ |
| (학생/자녀 성명) | (학교명) |
| _____ | |
| (생년월일) | |
| _____ | _____ |
| (학년) | (학생 ID, 아는 경우) |

1. 본인은 컬럼비아 특별구 공립학교가 아래 제3항에 명시된 본인의 자녀에 관한 교육 기록을 다음 기관 및 조직과 공유하는 것을 승인합니다.

- * DC 보건부(DC Department of Health)
- * DC 복지부(DC Department of Human Services)
- * DC 정신건강부(DC Department of Mental Health)
- * 자녀의 의료 서비스 제공자
- * DC 의료재정부(DC Department of Health Care Finance)
- * 학교에서 서비스를 제공하는 기타 의료 서비스 제공자

2. 본인은 본 정보를 다음 목적으로만 사용할 수 있음을 이해합니다.

- * 조정된 교육 및 보건 관련 서비스를 계획 및 제공
- * 본인의 자녀에게 제공되는 프로그램 및 서비스 평가

3. 본인은 다음 각 기록의 사용/공개를 승인합니다.

- * 보건교사 기록
- * 학생 기록에 포함된 성적, 관찰사항 및 기타 교육 정보
- * IFSP/IEP 문서
- * 현재 투약 지시(보건교사 보관)
- * * 504 플랜
- * 안과 진료 보고서
- * 수업 일정
- * 청력 보고서
- * 출석 기록
- * 간호 관리 계획(IEP 또는 504 플랜에 포함)
- * 행동 건강 문서

4. 본인은 다음을 이해합니다.

- * 본 승인은 자발적인 것이며 본인이 서명을 하지 않더라도 본인의 자녀가 교육 서비스를 받지 못하는 일은 없을 것입니다.
- * 본인은 서명한 후 본 양식의 사본을 요청할 권리가 있으며 본 동의에 따라 공개된 정보를 열람 또는 복사할 권리가 있습니다.

5. 본인은 상기 정보를 사용 또는 공개하는 것에 동의합니다. 본인은 해당 정보를 제2항에 명시된 목적 이외의 다른 용도로 사용할 수 없음을 이해합니다. 본 동의는 언제든지 서면을 통해 철회할 수 있습니다. 본인은 본 승인을 철회하더라도 해당 철회가 접수되기 전에 취한 조치 또는 이전에 공유된 정보를 토대로 취한 조치에는 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

(부모/후견인/18세 이상의 학생 서명)

(학생과의 관계)

(날짜)



의료서비스 제공자와 학생 출석 기록 공유에 대한 동의

교육 및 보건 분야 출석 자료를 위한 협업(Collaborative for Attendance Resources in Education and Health, CARE-H) 프로젝트는 컬럼비아 특별구 공립학교(DCPS)와 DCPS에 등록된 현재 어린이국립병원(Children’s National Hospital) 환자인 학생을 위한 지역 의료제공자 간의 파트너십입니다. CARE-H 프로젝트는 건강한 학생이 학교 출석률이 더 좋고 효과적으로 학습할 수 있기 때문에 학생의 건강을 지원하고 결석률을 줄이는 것을 목표로 합니다. CARE-H 프로젝트가 운영되려면 DCPS 학교는 자녀의 학교 출석에 대한 정보를 자녀의 1차 의료 제공자에게 제공해야 합니다.

본 동의서에 서명함으로써 귀하는 DCPS가 출석 정보를 자녀의 의사, 간호사 및 진료실 직원과 안전하게 공유할 수 있도록 허가하는 것입니다. 본 정보는 이들 의료 전문가가 필요 시, 학생과 그 가족에게 특별한 지원 및 치료를 제공하는 데 도움이 될 것입니다. 이는 또한 DCPS가 해당 의료 전문가들과 협력하여 자녀가 학교에서 건강하고 학교생활을 제대로 이행할 수 있도록 해줄 것입니다.

본인은 기록을 검토할 기회와 그러한 기록의 내용에 이의를 제기할 권리가 있음을 인정하고 이해합니다.

이 승인은 자녀가 DCPS에 등록되어 있는 동안 계속됩니다. 단, 본인이 서면으로 동의를 철회하는 경우는 제외합니다. 본인은 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 참고: DCPS가 자녀의 의료 팀과 자녀의 학업 기록의 다른 부분을 공유하거나 논의하기를 원하는 경우, 본인은 별도의 동의를 제공해야 합니다.

학생 성명(정자체) _____ 부모/후견인 성명(정자체) _____

부모/후견인 서명/학생(18세 이상인 경우) _____ 날짜 _____

학교 보건서비스 원격의료 프로그램 약관

학교 보건서비스 원격의료 프로그램(School Health Services Telehealth Program)을 통해 학생들은 학교에서 원격으로 의료서비스 제공자의 진료를 받을 수 있습니다. 아래에 서명함으로써 본인은 다음 사항을 이해하고 인정하며 이에 동의합니다.

- 자녀는 학교 외 장소에 있을 수 있는 행동건강 제공자와 같은 의료제공자와 화상(화상 회의) 또는 전화 통화(통신 회의)로 진행되는 진료 예약에 참여할 수 있습니다. 의료제공자가 대면 후속 진료나 긴급 진료 또는 응급 서비스가 필요하다고 결정할 수 있습니다.
- 자녀의 의료 팀과 의료제공자 외에, 영상 장비를 조작하고 수집한 모든 정보의 기밀성을 유지하도록 훈련받은 당사자들도 참석할 수 있습니다. 학생은 (1) 병력/신체 검사의 특정 세부 사항을 생략하도록 (2) 의료 인력 외 인력이 검사실을 나가도록 또는 (3) 방문은 언제든지 종료되도록 요청할 권리가 있습니다.
- 본인은 자녀를 위한 원격의료 예약을 거부할 선택권이 있습니다.
- 본인은 의료제공자 또는 그 의료담당자가 진료와 관련된 의료비를 지불할 책임이 있을 수 있는 자녀의 건강 보험사 또는 여하한 기타 대리인에게 일체의 모든 정보를 공개하도록 허용합니다. 본인은 또한 법이나 규정에 의해 요구되거나 자녀의 건강과 안전을 보호하기 위해 필요한 경우, 학교 보건서비스 원격의료 프로그램이 학교 관계자와 DC Health에 특정 의료 정보를 공개하도록 허용합니다.
- 본인의 보험에 원격의료 서비스 비용이 청구될 수 있습니다. 본인은 보험 정보를 제공할 책임이 있으며 이 서비스로 인한 추가 본인부담금 또는 비용에 대한 책임이 있음을 이해합니다. DC Medicaid 관리진료기구(Managed Care Organization) 가입자는 원격의료를 통해 제공되는 모든 서비스에 대해 청구서를 받지 않습니다. 본 프로그램과 관련된 모든 비용은 보험사의 재량에 따릅니다. 1차 진료 방문에 필요한 모든 본인부담금이 본 서비스에 적용될 수 있습니다. 본인은 본인의 건강보험, Medicaid 또는 자녀의 의료 진료에 재정적 책임이 있는 여타 제3자의 혜택/금전 등 원격의료를 제공하기 위한 모든 금전 또는 혜택이 제공자에게 할당 및 이전될 것임을 이해합니다. 본인은 지불을 확인하고 기타 공중보건 목적에 필요한 경우, 모든 필수 정보(의료 기록, 청구 사본 및 항목별 청구서를 포함하되 이에 국한되지 않음)의 공개를 허용합니다.
- 본인은 언제든지 제공되는 서비스가 만족스럽지 않으면 전화 (202) 724-7491 또는 이메일 healthcareombudsman@dc.gov를 통해 옴부즈맨 팀에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의제기는 학교 보건서비스 프로그램 포털 <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>를 통해 제출하셔도 됩니다.
- 본 동의는 학생이 학교에 등록된 기간 동안 유효합니다. 본인은 또한 본인의 동의를 철회하는 서명과 날짜가 기재된 서신을 보건실 담당자에게 제공함으로써 언제든지 본인의 동의를 철회할 권리가 있음을 이해합니다.

학생 성명(정자체) _____ 부모/후견인 성명(정자체) _____

부모/후견인 서명/학생(18세 이상인 경우) _____ 날짜 _____