

## 学校保健服务远程保健计划 (SHSTP) 同意书

根据学校保健服务远程保健计划规定，我明白：

1. 我的孩子将参加通过视频（视频会议）或电话（电话会议）与国家儿童医院及其他医生和保健提供者（如行为健康提供者）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。
2. 在远程保健就诊中，我的孩子不会与医疗保健提供者处于同一房间，医疗保健提供者身处其他地方。我也明白，我可以选择拒绝为我的孩子进行远程保健预约。而带我的孩子到医疗保健提供者处进行亲自看诊。
3. 远程保健服务有局限，可能包括服务中断、未经授权访问和技术困难。我也明白，如果医疗保健提供者认为视频会议/电话会议联网不适，医疗保健提供者可以中止我孩子的远程保健看诊。
4. 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。我还明白，我的孩子有权提出以下要求：（1）省略我孩子病史/体检的具体细节；（2）要求非医务人员离开检查室；或  
（3）随时结束会诊。
5. 对我孩子进行的任何采访或拍照将只用于医疗目的，并由医疗保健提供者和保健套餐服务工作人员，按联邦和哥伦比亚特区的法律和法规要求，作为机密医疗记录进行保存。
6. 签署本同意书，即代表我授权学校保健服务机构的保健套餐服务工作人员将有关我孩子医疗状况和医疗护理的任何相关医疗信息发布给该医疗机构、其医生和医疗保健提供者。我也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，向学校官员和哥伦比亚特区卫生部 (DC Health) 发布具体的医疗信息。

7. 就经远程医疗所提供的任何服务，MedStar Family Choice、AmeriHealth、Care First 或 HSCSN 参保者将不会收到账单。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主要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机构，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。
8. 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，只需向保健套餐服务工作人员提供一封经签署和注明日期的撤销同意书。
9. 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](mailto:healthcareombudsman@dc.gov)。我可以发送电子邮件至 [TelehealthCSS@childrensnational.org](mailto:TelehealthCSS@childrensnational.org) 与国立儿童医院学校服务团队进行沟通。我应经 学校 保健 服务 计划 门户网站 提交投诉：  
：<https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>。
10. 现我已仔细阅读（或已向我宣读）这份文件，我特此为我的孩子报名参加学校保健服务远程保健计划，根据上述条款和下方同意书内的条款填写并签署所附的同意书。

## 学校保健服务远程保健计划同意书

请填写以下表格，以允许您的孩子接受学校保健服务远程保健计划的医疗服务。提供此信息，即代表您确认您理解并同意您孩子接受远程保健服务的条件。

学生个人信息   由家长/监护人/学生填写				
学生姓氏：		学生名字：		出生日期：
学校名称或托儿所名称：		性别：            男性            女性            非二元性别		
家庭住址：	公寓号：	城市：	州：	邮编：
族裔指称： <i>(请选择所有适用项)</i>				
西班牙裔/拉美裔		非西班牙裔/拉美裔		其他            不愿回答
种族： <i>(请选择所有适用项)</i>				
美洲印第安人/阿拉斯加原住民		亚裔	夏威夷原住民 / 太平洋岛民	黑人/非裔美国人            白人            不愿回答
父母/监护人/配偶/其他人员姓名：		父母/监护人/配偶/其他人员电话：		
父母/监护人/配偶/其他人员电子邮件：		父母/监护人/配偶/其他人员备用电话：		
紧急联系人姓名：		紧急联系人电话：		
保险类型：	Medicaid            私人保险            无	保险名称/身份识别号码：		
主要保健提供者的姓名、组织和电话号码（如有）				

我允许签字的持证医疗保健专业人员与学生的学校和适当的哥伦比亚特区政府机构分享本表上的健康信息以及远程保健会诊所产生的健康信息，以便在相关机构和医疗保健提供者之间进行协调，用于复诊目的。我也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。此外，本人明白并同意，除犯罪行为、蓄意不当行为、严重疏忽或执意不当行为外，依据《哥伦比亚特区官方法典》(DC Official Code) 第 38 章 651 节（《哥伦比亚特区法》(DC Law) 第 17 章 107 节）规定，哥伦比亚特区、学校、其雇员及代理人不因其作为或不作为而承担民事责任。我明白应在学生可以参与远程保健会诊之前完成并提交此表格。

家长/监护人/18 岁以上学生签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

家长/监护人/18 岁以上学生以大写字母书写姓名：\_\_\_\_\_

**未成年人健康同意服务**

《哥伦比亚特区市政条例》(DCMR) 第 22-B 篇第 600 节规定，年满十八（18）岁的人可以同意为自己或其子女或配偶提供健康服务。

此外，在哥伦比亚特区内，任何年龄的未成年人均可同意接受其为预防、诊断或治疗以下医疗情况而要求的健康服务：(a) 怀孕或合法终止孕期；(b) 药物滥用，包括吸毒和酗酒；或 (c) 精神或情绪状况和性传播疾病。

学生签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

学生以大写字母书写姓名：\_\_\_\_\_