

## MẪU ĐƠN ĐỒNG Ý CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỪ XA CỦA DỊCH VỤ SỨC KHỎE HỌC ĐƯỜNG

Theo Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Sức Khỏe Học Đường, tôi hiểu rằng:

1. 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 Children’s National Hospital và các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, chẳng hạn như nhà cung cấp sức khỏe hành vi và chuyên gia dinh dưỡng. 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.
2. Trong một lần khám sức khỏe từ xa, con tôi sẽ không ở cùng phòng với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, là người ở tại một địa điểm khác. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền từ chối một cuộc hẹn khám sức khỏe từ xa cho con tôi. Thay vào đó, tôi có thể đưa con tôi đến khám trực tiếp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ.
3. Các hạn chế đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa có thể bao gồm gián đoạn, truy cập trái phép và các khó khăn về kỹ thuật. Tôi cũng hiểu rằng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể ngừng dịch vụ khám sức khỏe từ xa của con tôi nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xác định kết nối họp trực tuyến qua video/họp trực tuyến qua điện thoại không phù hợp.
4. 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. Tôi cũng hiểu rằng con tôi có quyền yêu cầu những điều sau đây: (1) bỏ qua các chi tiết cụ thể về tiền sử bệnh/ khám sức khỏe của con tôi; (2) yêu cầu các cá nhân không phải là nhân viên y tế rời khỏi phòng khám; hoặc (3) kết thúc chuyển thăm khám bất cứ lúc nào.
5. Mọi cuộc phỏng vấn hoặc ảnh chụp con tôi sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích y tế và được nhà cung cấp dịch vụ và nhân viên bộ phận y tế lưu giữ như hồ sơ y tế bảo mật, phù hợp với luật và quy định của liên bang và DC.
6. Bằng cách ký vào đơn đồng ý này, tôi cho phép nhân viên bộ phận y tế của Dịch Vụ Sức Khỏe Học Đường tiết lộ bất kỳ thông tin y tế nào có liên quan về tình trạng bệnh và dịch vụ chăm sóc y tế của con tôi cho nhà cung cấp dịch vụ, bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tôi cũng 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.

7. Những người ghi danh vào MedStar Family Choice, AmeriHealth, Care First, hoặc HSCSN 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.
8. 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.
9. 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](mailto:healthcareombudsman@dc.gov). Tôi cũng có thể liên lạc với đội ngũ Dịch Vụ Học Đường Nhi Đồng tại [TelehealthCSS@childrensnational.org](mailto:TelehealthCSS@childrensnational.org). Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại qua cổng thông tin Chương Trình Dịch Vụ Sức Khỏe Học Đường tại: <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
10. Bây giờ tôi đã đọc (hoặc đã được đọc cho tôi nghe) tài liệu này một cách cẩn thận, bằng văn bản này tôi đăng ký cho con tôi tham gia vào Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Y Tế Học Đường, bằng cách điền và ký vào mẫu đơn đồng ý đính kèm theo các điều khoản được mô tả ở trên và trong mẫu đơn đồng ý bên dưới.

## MẪU ĐƠN ĐỒNG Ý CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỪ XA CỦA DỊCH VỤ SỨC KHỎE HỌC ĐƯỜNG

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn sau để cho phép con quý vị nhận các dịch vụ y tế từ Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Y Tế Học Đường. Bằng cách cung cấp thông tin này, quý vị xác nhận rằng quý vị hiểu và đồng ý với các điều kiện mà theo đó con quý vị sẽ nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa

Thông Tin Cá Nhân của Học sinh   Do phụ huynh/người giám hộ/học sinh hoàn thành						
Họ của Học Sinh:		Tên của Học Sinh:			Ngày Sinh:	
Tên của Trường Học hoặc Cơ Sở Giữ Trẻ			Giới Tính:    Nam                      Nữ giới                      Phi nhị nguyên giới			
Địa Chỉ Nhà:		Căn Hộ:	Thanh phố:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:	
<b>Dân Tộc:</b> <i>(đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh</span> <span>Không Phải Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh không muốn trả lời</span> <span>Khác</span> <span>Tôi</span> </div>						
<b>Chủng Tộc:</b> <i>(đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Thổ Dân Mỹ/ Thổ Dân Alaska</span> <span>Người Châu Bản Địa Châu Hawaii/ Người Thái Bình Dương Gốc Đảo</span> <span>Người Da Đen/ Mỹ Gốc Phi</span> <span>Người Da Trắng</span> <span>Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh</span> </div>						
Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Vợ/Chồng/Khác:			Số Điện Thoại Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Vợ/Chồng/Khác:			
Email Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Vợ/Chồng/Khác:			Số Điện Thoại Thay Thế của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Vợ/Chồng/Khác:			
Tên Người Liên Hệ Khẩn Cấp:			Số Điện Thoại Liên Hệ Khẩn Cấp:			
Loại bảo hiểm:	Medicaid	Tư Nhân	Không có	Tên/Số ID Bảo Hiểm:		
Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Chính, Tổ Chức, và Số Điện Thoại (nếu có)						

Tôi cho phép chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép ký tên chia sẻ thông tin sức khỏe trên mẫu đơn này và thông tin sức khỏe có được từ các chuyến thăm khám sức khỏe từ xa với trường của học sinh và các cơ quan Chính Phủ DC thích hợp để có sự phối hợp giữa các cơ quan liên quan và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các mục đích theo dõi. 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. Ngoài ra, theo đây tôi xác nhận và đồng ý rằng Học Khu, trường học, các nhân viên và đại diện của trường sẽ được miễn trừ trách nhiệm dân sự đối với các hành vi hoặc sai sót theo § 38-651 Bộ Luật Chính Thức DC (Luật DC 17- 107), ngoại trừ các hành vi phạm pháp, cố ý làm sai, vô ý nghiêm trọng hoặc sai sót có chủ đích. Tôi hiểu rằng tôi phải hoàn thành và nộp mẫu đơn này trước khi học sinh có thể tham gia các cuộc thăm khám sức khỏe từ xa.

**Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh từ 18 tuổi trở lên:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

**Tên in hoa của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh từ 18 tuổi trở lên:** \_\_\_\_\_

**Dịch Vụ Đồng Ý Chăm Sóc Sức Khỏe Trẻ Vị Thành Niên**

22-B DCMR §600 quy định rằng một người từ mười tám (18) tuổi trở lên có thể đồng ý nhận các dịch vụ y tế cho chính mình, hoặc con hoặc vợ/chồng của họ.

Ngoài ra, trong DC, trẻ vị thành niên ở mọi lứa tuổi có thể đồng ý với các dịch vụ y tế mà họ yêu cầu để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị các tình huống y tế sau: (a) Mang thai hoặc ngừng thai kỳ hợp pháp; (b) Lạm dụng chất gây nghiện, bao gồm cả lạm dụng ma túy và rượu; hoặc (c) Tình trạng tâm thần hoặc cảm xúc và bệnh lây truyền qua đường tình dục

**Chữ Ký của Học Sinh:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

**Tên in hoa của Học Sinh:** \_\_\_\_\_