

የኩራምቢያ ዲስትሪክት
 ሁሉን አቀፍ በትምህርት ቤት ውስጥ የሚሰጥ የጤና ማዕከል ቅጽ
 የጤና አገልግሎቶች እና ህክምና ስምምነት

ተማሪው የሚማርበትን ትምህርት ቤት ይምረጡ።
 አናኮስቲያ ኤስኤችኤስ ባሎው ኤስኤችኤስ ካርዶዞ ኢሲ ኩሊጅ ኤስኤችኤስ ደንባር ኤስኤችኤስ ውድሰን ኤስኤችኤስ ፋዝቤልት ኢሲ

የተማሪው መረጃ	የወላጅ/የአሳዳጊ መረጃ
<p>የተማሪው የአዎን ስም፡ _____</p> <p>የተማሪው የመጀመሪያ ስም፡ _____</p> <p>የትውልድ ቀን፡ _____ / _____ / _____ <small>ወር ቀን ዓመተ ምህረት</small></p> <p>የተማሪ የማህበራዊ ዋስትና መለያ ቁጥር ፡ _____ - _____ - _____</p> <p>ጾታ፡ <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ክፍል _____</p> <p>የዘር ሃረግ፡ <input type="checkbox"/> ሂስፓኒክ <input type="checkbox"/> ጥቁር <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> ህንዳዊ/አሜሪካዊ</p> <p><input type="checkbox"/> እስያዊ/ፓሲፊክ አይላንደር <input type="checkbox"/> ሌላ _____</p> <p>የተማሪው አድራሻ፡ _____</p> <p>ኤስ.ቢ.ኤች.ሲ የተማሪው መደበኛ ሃኪም ይሆናል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይሆንም</p> <p>መልስዎ አይሆንም ከሆነ፣ የተማሪው መደበኛ ሃኪም የሚሆነው ማነው? ስም፡ _____</p> <p>ስልክ፡ _____</p> <p>አድራሻ፡ _____</p>	<p>እናት የአዎን ስም፡ _____ የመጀመሪያ ስም፡ _____</p> <p>አባት የአዎን ስም፡ _____ የመጀመሪያ ስም፡ _____</p> <p>ህጋዊ አሳዳጊ፣ ተፈጻሚ የሚሆን ከሆነ የአዎን ስም፡ _____ የመጀመሪያ ስም፡ _____ ህጋዊ አሳዳጊው ከተማሪው ጋር ያለው ዝምድና <input type="checkbox"/> አዎን <input type="checkbox"/> አክሲት ወይም አጎት <input type="checkbox"/> ሌላ፡ _____</p> <p>የወላጅ ወይም የአሳዳጊ የመገኛ መረጃ የቤት ስልክ፡ _____ የስራ ስልክ፡ _____ ሞባይል፡ _____</p> <p>ተጨማሪ የአደጋ ጊዜ ተጠሪ መረጃ ስም፡ _____ ከተማሪው ጋር ያለው ዝምድና፡ _____ የቤት ስልክ፡ _____ የስራ ስልክ፡ _____ ሞባይል፡ _____</p>

የኢንሹራንስ/የመድህን መረጃ

<p>ልጅዎ የሚዲኬይድ ቨፋን አለው/ላላት?</p> <p><input type="checkbox"/> የለውም/የላትም <input type="checkbox"/> አዎ፣ የሚዲኬይድ መለያ #፡ _____</p> <p>የትኛው አቅድ?</p> <p><input type="checkbox"/> አሜሪካኒዳን</p> <p><input type="checkbox"/> አሜሪካኒት</p> <p><input type="checkbox"/> ልዩ የጤና አጠባበቅ ለሚሹ ልጆች የጤና አገልግሎቶች (HSCSN - ኤች.ኤስ.ሲ.ኤስ.ኤን)</p> <p><input type="checkbox"/> ትረስትድ ሄልዝ ጥላን</p>	<p>ልጅዎ በአሰሪዎ በኩል ወይም በማንኛውም አይነት የጤና መድህን ቨፋን አለው/ላላት?</p> <p><input type="checkbox"/> የለውም/የላትም <input type="checkbox"/> አዎ፣ የጤና አቅድ፡ _____</p> <p>የአባልነት መለያ ቁጥር/የፖሊሲ ቁጥር፡ _____</p> <p>የጤና መድህን ስልክ፡ _____</p> <p>ልጅዎ የጤና መድህን ከሌለው/ከሌላት፣ የጤና መድህን በማግኘት ዙሪያ እርዳታ ለማግኘት የከለኒካል ኬዝ ማናጀር እንዲያገኙዎት ይፈልጋሉ?</p> <p><input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አልፈልግም</p>
--	--

በትምህርት ቤት ውስጥ ለሚገኝ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች የወላጅ ስምምነት

አዎ፡ በሚቀጥለው ገጽ ላይ የተዘረዘሩትን አገልግሎቶች (በትምህርት ቤት ውስጥ የሚገኝ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች) አንብቤ ተረድቻለሁ፣ እንዲሁም ልጄ በትምህርት ቤቱ ውስጥ ተማሪ እስከሆነበት/እስከሆነችበት ጊዜ ድረስ በተመረጠው ትምህርት ቤት ውስጥ የሚገኝ የጤና ማዕከል በኩል የሚሰጡትን አገልግሎቶችን እንዲቀበል/እንድትቀበል መፍቀዴን በፈርማዬ አረጋግጣለሁ። በተጨማሪም፣ በልጄ አካላዊ ወይም የጥርስ ጤንነት ላይ የተደረጉ ማናቸውንም ለውጦችን እና ልጄን በሞግዚትነት በመንከባከብ ረገድ ይህንን ስምምነት የማድረግ መብቴ ላይ ለውጥ የሚያመጣ ማናቸውንም ለውጦች በጽሁፍ በትምህርት ቤት ውስጥ ለሚገኘው የጤና ማዕከል ወዲያውኑ ለማሳወቅ እስማማለሁ።

ማስታወሻ፡ በሕጉ መሠረት፣ እርግዝናን ለመከላከል፣ ለመመርመር ወይም ሕክምና ለመስጠት ወይም በሕጋዊ መንገድ ለማቋረጥ፣ አደንዛዥ እዕ እና አልኮል አለአግባብ መጠቀምን ጨምሮ የሱስ ተጠቃሚነትን፣ የአእምሮ ወይም የስሜታዊ የጤንነት ሁኔታ ወይም በግብረ ሥጋ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎችን አስመልክቶ የወላጅ ስምምነት አያስፈልግም። በተጨማሪም፣ የተማሪው ጤና አደጋ ላይ በሚሆንበት ወቅት የመጀመሪያ እርዳታ አገልግሎት ወይም የህክምና አገልግሎቶች ለመስጠት የወላጅ ስምምነት አያስፈልግም። እድሜያቸው 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ለሆኑ ተማሪዎች ወይም በህጋዊ ሁኔታ እራሳቸውን ለቻሉ ተማሪዎች የወላጅ ስምምነት አያስፈልግም።

አይ፡ ልጄ የኤስ.ቢ.ኤች.ሲ አገልግሎቶችን እንዲያገኝ/እንድታገኝ ፍቃድ አልሰጥም።

X _____

የወላጅ/የአሳዳጊ ፈርማ (ወይም የተማሪው እድሜ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ የተማሪው ፈርማ ወይም በህግ የሚፈቀድ ከሆነ) _____ **ቀን** _____

የጤና መረጃን ይፋ ለማድረግ የወላጅ ስምምነት

በዚህ ቅጽ ገጽ 2 ላይ ያለውን የጤና መረጃ ይፋ ማድረግን ሁኔታ አንብቤ ተረድቻለሁ። ፈርማዬ በተጠቀሰው መሠረት የሕክምና መረጃውን ይፋ ለማድረግ ስምምነት መስጠቴን ያመለክታል።

X _____

የወላጅ/የአሳዳጊ ፈርማ (ወይም የተማሪው እድሜ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ የተማሪው ፈርማ ወይም በህግ የሚፈቀድ ከሆነ) _____ **ቀን** _____

የኮሎምቢያ ዲስትሪክት ሁሉን አቀፍ በትምህርት ቤት ውስጥ የሚሰጥ የጤና ማዕከል ቅጽ የጤና አገልግሎቶች እና ህክምና ስምምነት

በትምህርት ቤት ውስጥ የሚገኝ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች

በኮሎምቢያ ዲስትሪክት የጤና መምሪያ (ዲ.ሲ. የጤና መምሪያ) እና በኮሎምቢያ ዲስትሪክት የሕዝብ ትምህርት ቤቶች (ዲ.ሲ. የሕዝብ ትምህርት ቤቶች) በተፈቀደው የትምህርት ቤት የጤና ፕሮግራም አንድ አካል በሆነው በትምህርት ቤት ውስጥ በሚገኝ የጤና ማዕከል ውስጥ ፍቃድ ባላቸው የጤና ባለሙያዎች የሚሰጡ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን ልጄ እንዲያገኝ ተስማምቻለሁ። ትምህርት ቤት ውስጥ ያለው የጤና ማዕከል በህጉ መሰረት ምስጢራዊነትን እንደሚጠበቅ፣ እና ተማሪዎችም በምክር እና የህክምና አገልግሎት ውሳኔዎች ላይ ወላጆችን ወይም አሳዳጊዎችን እንዲሳተፉ እንደሚጠበቅ ተረድቻለሁ። በትምህርት ቤት ውስጥ በሚገኝ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች የሚከተሉትን የሚያካትቱ ሲሆን፣ ሌሎችንም ሊጨምሩ ይችላሉ፡-

1. የአይን፣ የጀሮ፣ የአሰም፣ ከመጠን ያለፈ ውፍረት፣ እና ሌሎች የሕክምና ሁኔታዎችን፣ መመርመር፣ የመጀመሪያ እርዳታ፣ እና አስፈላጊ የሆኑ እና የሚመከሩ ክትባቶችን ጨምሮ የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች።
2. ለትምህርት ቤት፣ ለኮሌጅ፣ ለመዋዕለ ሕፃናት እንክብካቤ፣ ለስፖርት፣ ለስራ ቅጥር እና አዲስ ምዝገባን ጨምሮ አጠቃላይ የሰውነት ምርመራ (መሎ የጤና ምርመራ)።
3. ለደም ማገስ፣ ሲክል ሴሎ እና የስኳር በሽታ የመሳሰሉን በሃኪም የታዘዙ የላብራቶሪ ምርመራዎችን ማድረግ።
4. አጣዳፊ እና ስር የሰደደ ህመም እና በሽታን ምርመራ ማድረግ፣ የህክምና ፍቃድ መስጠት እና የመድሃኒት ትእዛዝ መስጠትን ጨምሮ የሕክምና እንክብካቤ እና ህክምና።
5. ግምገማን፣ ምርመራ፣ ሕክምና እና ሪፈራል ጨምሮ የአገልግሎት ጤና አገልግሎቶች።
6. በተገቢ እድሜ ላይ ለሚገኙ ከግብረ ስጋ ግንኙነት የመታቀብ ምክርን፣ የወሊድ መቆጣጠሪያ ሁኔታዎችን ማመቻቸትን፣ የእርግዝና ምርመራን፣ በግብረ ስጋ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎች ምርመራ እና ሕክምና፣ የኤችአይቪ ምርመራ፣ ምልክት ካለ የማህጸን ካንሰር ቅድመ ምርመራ (PAP smears)፣ እና ላልተለመዱ የምርመራ ውጤቶች ሪፈራል ጨምሮ የስነ ተዋልዶ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶች።
7. ለአደጋ የሚያጋልጡ ባህሪዎችን ማለትም አንድ፣ አደንዛዥ አጽ፣ አልኮል እና ትምባሆ መጠቀም ዙሪያ የጤና ትምህርት እና የምክር አገልግሎት፣ ለዕድሜ ተስማሚ የሆነ ከግብረ ስጋ ግንኙነት የመታቀብ፣ እርግዝናን የመከላከል፣ በግብረ ስጋ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎችን እና ኤችአይቪን በተመለከተ ትምህርት መስጠት።
8. የጥርስ ምርመራ፣ የኤክስ ሬይ (ራጅ)፣ ማጽዳት፣ ዘመናዊ እና የአካባቢ ማደንዘዣዎችን መስጠት፣ ጥርስ መመላት እና ሲላንት ማድረግን ጨምሮ ምርመራ እና ህክምናን የሚያካትት የጥርስ ሕክምና።
9. በትምህርት ቤት ውስጥ ባለው የጤና ማዕከል ውስጥ ለማይሰጡ አገልግሎቶች ሪፈራል መላክ።
10. ዓመታዊ የጤና ቃለ-መጠይቅ/የዳሰሳ ጥናት።

የጤና መረጃን ይፋ ለማድረግ የወላጅ ስምምነት

በዚህ ቅጽ ጀርባ ላይ የሚገኘው ፊርማዎ በትምህርት ቤት ውስጥ ያለው የጤና ማዕከል ያገኛቸውን የጤና መረጃዎች ለዲ.ሲ. የሕዝብ ትምህርት ቤቶች እና ለዲ.ሲ. የጤና መምሪያ እንዲያጋራ ፍቃድ ይሰጣል። ይህ መረጃ በፌዴራል የግላዊነት ህግ እና የዲስትሪክቱ ህግ ይፋ ከመሆን ሊታገድ ይችላል። በተጨማሪም፣ በሕግ ወይም በተገቢ ደንቦች ከተፈለገ ወይም የልጄን ጤንነት እና ደህንነት ለመጠበቅ የሚያስፈልግ ከሆነ፣ ልዩ የሕክምና መረጃን ለዲ.ሲ. የሕዝብ ትምህርት ቤቶች እና ለዲ.ሲ. የጤና መምሪያ እንዲሰጥ በትምህርት ቤት ለሚገኘው የጤና ማዕከል ፈቃድ አሰጣለሁ።

ልጄ ህክምናን ማግኘት እንዲችል የልጄን የጤና መረጃ እንዲለቀቅ መፍቀድ እንደሚጠበቅብኝ እና በማንኛውም ጊዜ ሃሳቤን መቀየር እና በትምህርት ቤት ለሚገኘው የጤና ማዕከል ደብዳቤ በመጻፍ የሰጠሁትን ፍቃድ መሰረዝ እንደምችል አውቃለሁ። ሆኖም ግን፣ ይፋ የተደረገ መረጃ ካለ፣ ፈቃዴን መሰረዜ ከዛ በፊት የተሰጡ መረጃዎችን የማይሸፍን መሆኑን አውቃለሁ። በተጨማሪም፣ ይህንን ፍቃድ ተከትሎ ይፋ የሆነው የጤና መረጃ በተቀባዩ እንደገና ለሌላ አካል ሊገለጽ እንደሚችል እና በፌዴራል ወይም በዲስትሪክት የግላዊነት ህጎች ጥበቃ ላይደረግለት እንደሚችል ተረድቻለሁ።

በትምህርት ቤት ለሚገኘው የጤና ማዕከል በጀርባው ገጽ ላይ የተጠቀሰውን ተማሪ የተወሰኑ የህክምና መረጃዎች ለዲ.ሲ. የሕዝብ ትምህርት ቤቶች እና ለዲ.ሲ. የጤና መምሪያ እንዲሰጥ ፈቃድ ሰጥቻለሁ።

የሚከሰቱ ተላላፊ በሽታዎች እና የሚሰጡት ክትባቶች ውጤቶች ለዲ.ሲ. የጤና መምሪያ እና ለዲ.ሲ. የሕዝብ ትምህርት ቤቶች ይፋ እንደሚደረጉ እንዘጠባለሁ። በተጨማሪም፣ የደንበኞች መዝገቦች እና የዳሰሳ ጥናቶች የታካሚን ሚስጥራዊነት በተመለከተ በፌዴራል እና በዲስትሪክት ሕጎች መሠረት ለመርሃ ግብር ግምገማ ጥቅም ላይ ሊውሉ ይችላሉ።

በዚህ ቅጽ ላይ በገጽ 1 ላይ ያለው ፊርማዬ ልጄን የመረመሩ ሌሎች አገልግሎት ሰጭዎችን እንዲያናግር እና የመድህን መረጃ ማግኘት እንዲችል በትምህርት ቤት ለሚገኘው የጤና ማዕከል ፍቃድ መስጠቴን ያረጋግጣል።

መረጃን ይፋ ለማድረግ የተፈቀደበት ወቅት፡
ከ፡ ቅጹ በጀርባው ገጽ ላይ ያለው የቅጹ ክፍል የተፈረመበት ቀን
እስከ፡ ተማሪው በትምህርት ቤቱ ውስጥ ተመዝጋቢነቱ የሚያበቃበት ቀን