

选择学生所就读的学校:

Anacostia 高中 Ballou 高中 Cardozo 教育园 Coolidge 高中 Dunbar 高中 Woodson 高中 Roosevelt 高中

学生信息	父母/监护人信息
<p>学生姓氏: _____</p> <p>学生名字: _____</p> <p>出生日期: _____ / _____ / _____ 月 日 年</p> <p>学生社会安全号码: _____ - _____ - _____</p> <p>性别: <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女 <input type="checkbox"/>其他 年级 _____</p> <p>族裔: <input type="checkbox"/>西班牙裔 <input type="checkbox"/>黑人 <input type="checkbox"/>白人 <input type="checkbox"/>美裔印第安人 <input type="checkbox"/>亚裔/太平洋岛民 <input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>学生住址: _____</p> <p>SBHC 是否会成为此学生的固定医生? <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 如否, 谁是或将成为此学生的固定医生? 姓名: _____ 电话: _____ 地址: _____</p>	<p>母亲 姓氏: _____ 名字: _____</p> <p>父亲 姓氏: _____ 名字: _____</p> <p>法定监护人, 如适用 姓氏: _____ 名字: _____ 法定监护人与学生的关系 <input type="checkbox"/>祖父母 <input type="checkbox"/>阿姨或舅舅 <input type="checkbox"/>其他: _____</p> <p>父母或监护人的联系信息 家庭电话: _____ 工作电话: _____ 手机: _____</p> <p>其他紧急联系人 姓名: _____ 与学生的关系: _____ 家庭电话: _____ 工作电话: _____ 手机: _____</p>

保险信息

<p>您的孩子是否有 Medicaid 承保? <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是: Medicaid 号码: _____</p> <p>哪项承保计划? <input type="checkbox"/>哥伦比亚特区 AmeriHealth Caritas <input type="checkbox"/>哥伦比亚特区 MedStar Family Choice <input type="checkbox"/>为有特殊保健需求儿童提供的保健服务 (HSCSN) <input type="checkbox"/>哥伦比亚特区 CareFirst Community Health Plan</p>	<p>您的孩子是否通过您的雇主或任何其他类型的健康保险获得承保? <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是, 保健计划: _____ 入保 ID/保单号码: _____ 健康保险电话: _____</p> <p>如果您的孩子没有健康保险, 您是否希望临床案例经理与您联系, 协助您获得健康保险? <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>
---	--

校内健康中心服务

我同意我的孩子接受由校内健康中心持证卫生专业人员提供的保健服务, 作为哥伦比亚特区卫生部 (DC Health) 和哥伦比亚特区公立学校 (DCPS) 批准的学校保健计划的一部分。我明白, 校内健康中心将依法确保保密性, 并鼓励学生让其父母或监护人参与咨询和医疗护理决定。校内保健中心的服务可能包括, 但不限于:

1. 学校健康服务, 包括视力、听力、哮喘、肥胖和其他医疗状况的筛查, 急救, 以及必要和推荐的免疫接种。
2. 全面身体检查 (全面医疗检查), 包括为学校、大学、日托所、体育项目、就业和新生入学进行的体检项目。
3. 医学上规定的实验室检测, 如贫血、镰状细胞和糖尿病检测。
4. 医疗护理和治疗, 包括急性和慢性疾病的诊断, 以及配药和开药。
5. 心理健康服务, 包括评估、诊断、治疗和转诊。
6. 生殖保健服务, 包括禁欲咨询、提供避孕机会, 怀孕测试、性传播疾病 (STD) 筛查和治疗、人类免疫缺陷病毒 (HIV) 测试、进行必要宫颈刮片 (PAP) 检查, 以及根据年龄对异常结果进行转诊。
7. 健康教育和咨询, 以预防冒险行为, 如: 使用毒品、酒精和烟草; 关于禁欲、避孕、性传播感染和 HIV 病毒的适龄教育。
8. 牙科治疗包括检查、X 光扫描、诊断和治疗方式, 其中可能包括清洁、实施局部和外用麻醉、补牙和封牙。
9. 对校内健康中心不提供的服务进行转介。
10. 年度健康调查表/问卷。

健康信息发布家长同意书

在下方签名，即代表我授权将由校内健康中心获得的健康信息发布给哥伦比亚特区公立学校 (DC Public Schools) 和哥伦比亚特区卫生部 (DC Health)。此信息可能受到联邦隐私法和哥伦比亚特区法律的保护，不得披露。因法律或法规要求，或因保护我孩子的健康和安之必需，我进一步授权校内健康中心向哥伦比亚特区公立学校和哥伦比亚特区卫生部公布具体的医疗信息。

我明白我不必为了让我的孩子接受治疗而允许公开我孩子的健康信息，并且我可以随时变更想法，我可以通过写信给校内健康中心来撤销我的授权。但是，我明白在信息公布之后要求撤销不会撤销之前发布的信息。我也明白，根据本授权书披露的健康信息可由被授权方重新披露，被授权方应书面通知授权方此次健康信息为因特定目的而重新披露，而且任何其他重新披露都需征求额外同意。

我授权校内健康中心向哥伦比亚特区公立学校和哥伦比亚特区卫生部公布反面所列学生的具体医疗信息。

我明白，应报告的疾病和免疫接种的结果将被公布给哥伦比亚特区卫生部和哥伦比亚特区公立学校。此外，病例记录和问卷信息可依可用于项目评估且需依据联邦和哥伦比亚特区有关病患保密性的法律。

在此表“同意发布健康信息”一栏签名，即代表我同意校内健康中心与为我孩子做检查的其他医疗机构联系，并获取保险信息。

授权公布信息的时间段：

自：表格签名日期 至：学生不再此学校就读的日期

校内健康中心服务 (SBHC) 家长同意书

是：我已阅读并明白上一页所列的服务内容（校内健康中心服务），我的签名即代表我同意我的孩子在此学校就读期间接受所选校内健康中心提供的服务。我也同意，如果我孩子的身体或牙齿健康有任何变化，以及我孩子的监护权有任何变化，影响到我代表我孩子提供这份同意书的能力，我将及时以书面形式通知校内健康中心。

请注意：根据《哥伦比亚特区市政条例》第 22-B 节第 600 条(22-B DCMR 600)《未成年人健康同意条例》(Minor's Health Consent Regulation) 的规定，预防、诊断或治疗 (1) 怀孕或合法终止怀孕；(2) 物品滥用，包括药物和酒精滥用；(3) 精神或情绪健康状况，或 (4) 性传播疾病，无需父母同意。对符合知情同意标准的 11 岁及以上的未成年人进行疫苗接种，也不需要父母同意，只要此免疫接种由美国疫苗接种实践咨询委员会 (ACIP) 推荐，并按照 ACIP 推荐的免疫计划提供。此外，在学生健康受到威胁的情况下，实施紧急急救治疗或提供服务无需父母同意。年满 18 岁或以上的学生或依法获得解放的学生无需父母同意。我特此确认并同意，根据《哥伦比亚特区官方法典》第 38-651 章第 11 条 (D.C. Official Code sec. 38-651.11) 的规定，哥伦比亚特区、学校、其雇员和代理人，包括执业医师、医生助理或高级执业护士，对与其真诚履行《哥伦比亚特区官方法典》第 38-651.01 章 及之后章节规定的职责有关或由此产生的任何行为或不行为，应被豁免民事责任，但犯罪行为、蓄意误行、严重失职或故意不当行为除外。我明白此表格必须在学生可以接受健康服务之前完成并提交。

否：我不同意我的孩子接受 SBHC 服务。

X

家长/监护人签名 (或学生签名，如年满 18 周岁，或存在法律允许的其他情况)

日期

健康信息发布家长同意书

我已阅读并理解本表有关健康信息发布的内容。我的签名即代表我同意按规定发布医疗信息。

X

家长/监护人签名 (或学生签名，如年满 18 周岁，或存在法律允许的其他情况)

日期