

Mẫu Tổng quát của Trung tâm Y tế Tại Trường Học (SBHC)

Đồng ý cho các Dịch vụ Y tế và Điều trị

Chọn Trường học của Học sinh:

Anacostia SHS Ballou SHS Cardozo EC Coolidge SHS Dunbar SHS Woodson SHS Roosevelt SHS

THÔNG TIN HỌC SINH	THÔNG TIN PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ
<p>Họ của Học sinh: _____</p> <p>Tên của Học sinh: _____</p> <p>Ngày sinh: ____/____/____ <i>Tháng Ngày Năm</i></p> <p>Số An Sinh Xã Hội của Học sinh: _____ - _____ - _____</p> <p>Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác Lớp _____</p> <p>Dân tộc: <input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Người Da đen <input type="checkbox"/> Người Da trắng <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Châu Á/Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác _____</p> <p>Địa chỉ Học sinh: _____ _____</p> <p>SBHC có phải là bác sĩ thường xuyên của học sinh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Nếu không, ai là hoặc sẽ là bác sĩ thường xuyên của học sinh? Tên: _____ Điện thoại: _____</p>	<p>Me Họ: _____ Tên: _____</p> <p>Cha Họ: _____ Tên: _____</p> <p>Người giám hộ hợp pháp, nếu có Họ: _____ Tên: _____</p> <p>Mối quan hệ của người giám hộ hợp pháp với học sinh <input type="checkbox"/> Ông Bà <input type="checkbox"/> Dì hoặc Chú <input type="checkbox"/> Khác: _____</p> <p>Thông tin liên hệ của cha mẹ hoặc người giám hộ Điện thoại nhà: _____ Điện thoại nơi làm việc: _____ _____</p> <p>Di động: _____</p> <p>Liên hệ khẩn cấp bổ sung Tên: _____ Mối quan hệ với học sinh: _____ Điện thoại nhà: _____ Điện thoại nơi làm việc: _____</p>
THÔNG TIN BẢO HIỂM	
<p>Con quý vị có bảo hiểm Medicaid không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Số ID Medicaid: _____</p> <p>Gói nào? <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas DC <input type="checkbox"/> MedStar Family Choice DC <input type="checkbox"/> Dịch vụ Y tế cho Trẻ em có Nhu cầu Chăm sóc Y tế Đặc biệt (HSCSN) <input type="checkbox"/> CareFirst Community Health Plan DC</p>	<p>Con của quý vị có được bảo hiểm thông qua chủ lao động của quý vị hoặc bất kỳ loại hình bảo hiểm y tế khác? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, Gói Y tế: _____ ID thành viên/Số hợp đồng: _____ Điện thoại Bảo hiểm y tế: _____</p> <p>Nếu con quý vị không có bảo hiểm y tế, quý vị có muốn được nhân viên quản lý hồ sơ liên hệ để trợ giúp về việc nhận bảo hiểm y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
CÁC DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC	
<p>Tôi đồng ý cho con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc y tế do các chuyên gia y tế được cấp phép tại Trung tâm Y tế Trường học cung cấp như một phần của chương trình y tế học đường được Sở Y tế DC (DC Health) và Trường Công lập DC phê duyệt (DCPS). Tôi hiểu rằng trung tâm y tế tại trường học sẽ đảm bảo giữ kín theo luật và học sinh sẽ được khuyến khích để cha mẹ hoặc người giám hộ tham gia vào các quyết định tư vấn và chăm sóc y tế. Các dịch vụ của Trung tâm Y tế Tại Trường Học có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ol style="list-style-type: none"> Các dịch vụ y tế học đường, bao gồm kiểm tra thị lực, thính giác, hen suyễn, béo phì và các tình trạng y tế khác, sơ cứu và chủng ngừa bắt buộc và được đề nghị. Kiểm tra thể chất toàn diện (kiểm tra y tế toàn diện) bao gồm khám sức khỏe trong trường học, đại học, nhà trẻ, thể thao, việc làm và nhập học mới. Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được chỉ định về mặt y tế như bệnh thiếu máu, hồng cầu hình lưỡi liềm và bệnh tiểu đường. Chăm sóc và điều trị y tế, bao gồm chẩn đoán bệnh cấp tính và mãn tính, cấp phát và kê toa thuốc. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá, chẩn đoán, điều trị và chuyển tuyến. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, bao gồm tư vấn ăn kiêng, cung cấp khả năng tiếp cận với biện pháp tránh thai, xét nghiệm mang thai, sàng lọc và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục, xét nghiệm HIV, xét nghiệm PAP khi có chỉ định và chuyển tuyến khi có kết quả bất thường, tùy theo độ tuổi. Tư vấn, giáo dục sức khỏe để phòng ngừa các hành vi có nguy cơ như: sử dụng ma túy, rượu, thuốc lá; giáo dục phù hợp với lứa tuổi về ăn kiêng, phòng tránh thai, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục và HIV. Điều trị nha khoa bao gồm kiểm tra, chụp X-quang, chẩn đoán & phương thức điều trị có thể bao gồm làm sạch, sử dụng thuốc gây tê tại chỗ, trám răng và chất trám. Chuyển tuyến đối với các dịch vụ không được cung cấp tại trung tâm y tế trường học. Bảng câu hỏi / khảo sát y tế hàng năm. 	

Tại Trường Học

Đồng ý cho các Dịch vụ Y tế và Điều trị

SỰ ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH VỀ VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Chữ ký của tôi dưới đây cho phép tiết lộ thông tin y tế do Trung tâm Y tế Trường học có được cho các Trường Công lập DC và Sở Y tế DC. Thông tin này có thể được bảo vệ khỏi tiết lộ bởi luật quyền riêng tư của liên bang và luật của DC. Tôi tiếp tục ủy quyền cho Trung tâm Y tế Trường học tiết lộ thông tin y tế cụ thể cho Trường Công lập DC và Sở Y tế DC, vì nó được yêu cầu bởi luật pháp hoặc quy định, hoặc vì điều đó là cần thiết để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của con tôi.

Tôi hiểu rằng tôi không phải cho phép tiết lộ thông tin y tế của con tôi để con tôi được điều trị và tôi có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào và thu hồi quyết định của mình bằng cách viết thư cho Trung tâm Y tế Trường học. Tuy nhiên, sau khi tiết lộ đã được thực hiện, tôi hiểu rằng việc thu hồi của tôi không bao gồm thông tin được công bố trước khi thu hồi. Tôi cũng hiểu rằng thông tin y tế được tiết lộ theo ủy quyền này có thể được người nhận tiết lộ lại, họ sẽ cung cấp thông báo bằng văn bản cho bên nhận rằng thông tin y tế này đang được tiết lộ lại cho mục đích cụ thể đã nêu và bất kỳ thông tin bổ sung nào tiết lộ sẽ yêu cầu sự đồng ý bổ sung.

Tôi cho phép Trung tâm Y tế Trường học tiết lộ thông tin y tế cụ thể của học sinh có tên trên trang cho Trường Công lập DC và Sở Y tế DC.

Tôi hiểu rằng kết quả của các bệnh và việc chủng ngừa có thể báo cáo sẽ được tiết lộ cho Sở Y tế DC và các Trường Công lập DC. Ngoài ra, hồ sơ và thông tin khảo sát có thể được sử dụng để đánh giá chương trình theo luật Liên bang và DC liên quan đến tính bảo mật của bệnh nhân.

Chữ ký của tôi trong phần Đồng ý Tiết Lộ Thông tin Y tế của biểu mẫu này cũng như sự cho phép của tôi đồng ý để Trung tâm Y tế Trường học liên hệ với các nhà cung cấp dịch vụ khác đã khám cho con tôi và để lấy thông tin bảo hiểm.

Khoảng thời gian cho phép tiết lộ thông tin:

Từ: Ngày biểu mẫu đó được ký Đến: Ngày học sinh đó không còn đăng ký vào trường nữa

SỰ ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH ĐỐI VỚI CÁC DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC

CÓ: Tôi đã đọc và hiểu các dịch vụ được liệt kê trên trang trước (Dịch vụ của Trung tâm Y tế Trường học) và chữ ký của tôi đồng ý cho con tôi nhận các dịch vụ do Trung tâm Y tế Trường học đã chọn cung cấp trong thời gian con tôi là học sinh tại trường học. Tôi cũng đồng ý thêm rằng tôi sẽ thông báo ngay cho Trung tâm Y tế Trường học bằng văn bản về bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe thể chất hoặc răng miệng của con tôi và bất kỳ thay đổi nào về quyền giám hộ con tôi ảnh hưởng đến khả năng cung cấp sự đồng ý này thay mặt cho con tôi.

LƯU Ý: Theo Quy định về sự đồng ý về sức khỏe của trẻ vị thành niên (22-B DCMR 600), không cần sự đồng ý của cha mẹ đối với việc ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị (1) mang thai hoặc phá thai hợp pháp; (2) lạm dụng chất kích thích, bao gồm lạm dụng ma túy và rượu; (3) tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc tình cảm, hoặc (4) bệnh lây truyền qua đường tình dục. Không cần sự đồng ý của cha mẹ đối với việc tiêm chủng cho trẻ vị thành niên từ 11 tuổi trở lên đáp ứng tiêu chuẩn đồng ý đã được thông báo, khi việc tiêm chủng được khuyến nghị bởi Ủy Ban Tư Vấn về Thực Hành Chủng Ngừa (ACIP) và được cung cấp theo lịch tiêm chủng được khuyến nghị của ACIP. Hơn nữa, không cần sự đồng ý của phụ huynh đối với việc áp dụng phương pháp điều trị sơ cứu khẩn cấp hoặc cung cấp các dịch vụ khi sức khỏe của học sinh bị đe dọa. Không cần sự đồng ý của phụ huynh đối với học sinh từ 18 tuổi trở lên hoặc đối với học sinh được phóng thích hợp pháp.

Tôi xác nhận và đồng ý rằng, như được cung cấp trong Bộ Luật Chính Thức của DC mục 38-651.11, DC, trường học, nhân viên và đại lý của nó, bao gồm bác sĩ hành nghề, trợ lý bác sĩ hoặc y tá thực hành nâng cao, sẽ được miễn trừ trách nhiệm dân sự đối với bất kỳ hành vi hoặc thiếu sót nào liên quan đến hoặc phát sinh từ việc thực hiện theo trách nhiệm và lòng tốt của họ theo Bộ Luật Chính Thức DC mục 38-651.01, ngoại trừ các hành vi phạm tội, cố ý làm trái, sơ suất nghiêm trọng hoặc hành vi sai trái cố ý. Tôi hiểu rằng biểu mẫu này phải được hoàn thành và nộp trước khi học sinh có thể nhận được các dịch vụ y tế.

KHÔNG: Tôi không cho phép con tôi nhận các dịch vụ của Trung Tâm Y Tế Tại Trường Học (SBHC).

X _____
Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ (hoặc học sinh nếu từ 18 tuổi trở lên hoặc được pháp luật cho phép)

_____ Ngày

SỰ ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH VỀ VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Tôi đã đọc và hiểu việc công bố thông tin y tế trên mẫu này. Chữ ký của tôi cho thấy sự đồng ý của tôi về việc tiết lộ thông tin y tế theo quy định.

X _____
Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ (hoặc học sinh nếu từ 18 tuổi trở lên hoặc được pháp luật cho phép)

_____ Ngày