

健康服务和治疗同意书

基于学校的健康中心服务

我同意我的孩子接受由校本健康中心授权的卫生专业人员提供的保健服务，作为由哥伦比亚特区卫生部（DC卫生部）和哥伦比亚特区批准的学校卫生计划的一部分公立学校（DC公立学校）据了解，校本卫生中心将依法保密，并鼓励学生让父母或监护人参与咨询和医疗保健工作。基于校本的健康中心服务可能包括但不限于：

1. 学校卫生服务，包括：视力，听力，哮喘，肥胖和其他医疗条件的筛查，急救以及免疫接种建议。
2. 综合体检（完整体检），包括学校，大学，托儿所，体育，就业和新入学考试
3. 医学规定的实验室检查，如贫血，镰状细胞和糖尿病。
4. 医疗护理和治疗，包括诊断急性和慢性疾病和疾病，以及点药和开药。
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，妊娠试验，性病检查和治疗，艾滋病毒检测，指定时的PAP涂片，以及适当年龄的异常结果转介。
7. 健康教育和咨询，用于预防冒险行为，如：药物，酒精和烟草使用；年龄认可关于禁欲，怀孕预防，性传播感染和艾滋病毒的优质教育。
8. 牙科治疗，包括检查，x射线，诊断和治疗方式，可能包括清洁，局部麻醉，局部麻醉，填充物和密封剂。
9. 推荐不在学校卫生中心提供的服务。
10. 年度健康问卷/调查。

家长同意发布健康信息

我在这份表格背面的签名授权将由学校的健康中心获得的健康资料公布在DC公立学校和DC卫生署。该信息可能受到联邦隐私法和区域法的保护。我进一步授权校本健康中心向特区公立学校和健康卫生部门发布具体的医疗信息，无论是因为法律或法规要求，还是因为有必要保护我孩子的健康和安全。

我明白，我需要公开我孩子的健康信息，以便我的孩子得到治疗，而且我可以随时改变主意，并通过写信给本校健康中心来撤销我的授权。不过，在作出披露后，我明白我的撤销并不涵盖在撤销之前公开的资料。我也明白，根据本授权披露的健康信息可能会被收件人重新公开，不再受联邦或区域隐私法的保护。

我授权校本健康中心向公立学校和直属卫生署发布反向页面上指定学生的具体医疗资料。

据了解，所报告的疾病和免疫接种的结果将会公布在DC卫生部和DC公立学校。此外，病例记录和调查信息可用于根据联邦和区域法律对患者保密性进行程序评估。

我在本表格第1页上的签名也同意我校的健康中心与其他检查了我的孩子并提供保险信息的提供者联系。

发布信息授权的时间段：从：表格在对面页面上签名的日期

到：学生不再在学校注册的日期