

### Chương trình Trung tâm Sức khỏe Học đường Chung Đồng ý Nhận Dịch vụ Sức khỏe và Điều trị

**Chọn Trường Học sinh Theo học:**

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

THÔNG TIN HỌC SINH	THÔNG TIN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ
<b>Họ Học sinh:</b> _____ <b>Tên Học sinh:</b> _____ <b>Ngày Sinh:</b> _____ / _____ / _____ <small>Tháng Ngày Năm</small> <b>Số An sinh Xã hội của Học sinh:</b> _____ - _____ - _____ <b>Giới tính:</b> <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ   Lớp _____ <b>Sắc tộc:</b> <input type="checkbox"/> Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Mỹ trắng <input type="checkbox"/> Mỹ Bản địa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Á/Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác <b>Địa chỉ của Học sinh:</b> _____ <b>Có phải SBHC sẽ là bác sĩ quen của học sinh không?</b> Có   Không <b>Nếu không, ai là hoặc sẽ là bác sĩ quen của học sinh?</b> _____ <b>Tên:</b> _____ <b>Điện thoại:</b> _____ <b>Địa chỉ:</b> _____	<b>Me</b> <b>Họ:</b> _____ <b>Tên:</b> _____ <b>Cha</b> <b>Họ:</b> _____ <b>Tên:</b> _____ <b>Người Giám hộ Hợp pháp, nếu có</b> <b>Họ:</b> _____ <b>Tên:</b> _____ Mối quan hệ của người giám hộ hợp pháp với học sinh <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Cô hoặc Chú <input type="checkbox"/> Khác: _____ <b>Thông tin liên hệ phụ huynh hoặc người giám hộ</b> <b>ĐT Nhà:</b> _____ <b>ĐT Nơi làm:</b> _____ <b>Di động:</b> _____ <b>Người liên hệ Khẩn cấp khác</b> <b>Tên:</b> _____ <b>Quan hệ với Học sinh:</b> _____ <b>ĐT Nhà:</b> _____ <b>ĐT Nơi làm:</b> _____ <b>Di động:</b> _____

### THÔNG TIN BẢO HIỂM

<b>Con quý vị có bảo hiểm Medicaid không?</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Số Medicaid ID #: _____ <b>Chương trình gì?</b> <input type="checkbox"/> AmeriHealth <input type="checkbox"/> Amerigroup DC <input type="checkbox"/> Dịch vụ Sức khỏe cho Trẻ Cần Chăm sóc Sức khỏe Đặc biệt (Health Services for Children with Special Health Care Needs, HSCSN) <input type="checkbox"/> Chương trình Sức khỏe Tin cậy (Trusted Health Plan)	<b>Con quý vị có bảo hiểm thông qua công ty của quý vị hoặc bất cứ loại bảo hiểm sức khỏe nào khác không?</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, Chương trình Sức khỏe: _____ <b>Số ID Thành viên/Hợp đồng:</b> _____ <b>Điện thoại Công ty Bảo hiểm Sức khỏe:</b> _____ <b>Nếu con quý vị không có bảo hiểm sức khỏe, quý vị có muốn người quản lý hồ sơ lâm sàng liên hệ để hỗ trợ mua bảo hiểm sức khỏe không? Có/Không</b> <input type="checkbox"/>
--	--

### SỰ ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH CHO CÁC DỊCH VỤ TẠI TRUNG TÂM SỨC KHỎE HỌC ĐƯỜNG

**CÓ:** Tôi đã đọc và hiểu các dịch vụ được nêu ở trang kế (Dịch vụ tại Trung Tâm Sức khỏe Học đường) và chữ ký của tôi thể hiện sự đồng ý cho con tôi nhận các dịch vụ được cung cấp bởi Trung tâm Sức khỏe Học đường đã chọn trong thời gian con tôi là học sinh tại trường. Tôi hơn nữa cũng đồng ý rằng tôi sẽ thông báo ngay cho Trung tâm Sức khỏe Học đường bằng văn bản về bất cứ sự thay đổi nào về sức khỏe chung hoặc sức khỏe răng miệng của con tôi và bất cứ thay đổi nào về quyền nuôi con có ảnh hưởng đến khả năng đưa ra sự đồng ý này của tôi trên danh nghĩa của con tôi.

**LƯU Ý:** Theo luật, không cần có sự đồng ý của phụ huynh trong việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị thai kỳ hoặc chấm dứt thai kỳ hợp pháp; lạm dụng chất, bao gồm lạm dụng ma túy và rượu; tình trạng sức khỏe tâm thần và cảm xúc hoặc bệnh lây qua đường tình dục. Ngoài ra, không cần có sự đồng ý của phụ huynh để thực hiện điều trị sơ cứu hoặc cung cấp các dịch vụ khi sức khỏe của học sinh đang gặp nguy hiểm. Không cần sự đồng ý của phụ huynh cho những học sinh trên 18 tuổi hoặc cho những học sinh đã được giải phóng một cách hợp pháp các ràng buộc với phụ huynh.

**KHÔNG:** Tôi không cho phép con tôi nhận các dịch vụ tại SBHC.

**X** \_\_\_\_\_  
**Chữ ký của Phụ huynh/Người Giám hộ (hoặc của học sinh nếu lớn hơn 18 tuổi hoặc được luật pháp cho phép)** Ngày \_\_\_\_\_

### SỰ ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH CHO VIỆC CÔNG BỐ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi đã đọc và hiểu về việc công bố thông tin sức khỏe ở trang 2 của đơn này. Chữ ký của tôi thể hiện sự đồng ý của tôi cho việc công bố thông tin y khoa như đã nêu.

**X** \_\_\_\_\_  
**Chữ ký của Phụ huynh/Người Giám hộ (hoặc của học sinh nếu lớn hơn 18 tuổi hoặc được luật pháp cho phép)** Ngày \_\_\_\_\_

**DỊCH VỤ TẠI TRUNG TÂM SỨC KHỎE HỌC ĐƯỜNG**

Tôi đồng ý cho con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp bởi những chuyên gia y tế có giấy phép tại Trung tâm Sức khỏe Học đường như là một phần của chương trình sức khỏe học đường được Sở Y tế Quận Colombia (Sở Y tế DC) và Hệ thống Trường Công lập Quận Colombia (Hệ thống Trường Công lập DC) chấp thuận. Tôi hiểu rằng trung tâm sức khỏe học đường sẽ đảm bảo sự bảo mật tuân thủ theo luật pháp, và rằng học sinh sẽ được khuyến khích cho phụ huynh và người giám hộ tham gia vào việc tư vấn và đưa ra các quyết định chăm sóc y khoa. Dịch vụ tại Trung tâm Sức khỏe Học đường bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

1. Dịch vụ sức khỏe học đường, bao gồm tầm soát bệnh thị lực, thính lực, hen, béo phì, và những tình trạng y khoa khác, sơ cứu, và các chủng ngừa bắt buộc và được khuyến cáo.
2. Khám sức khỏe toàn diện (khám sức khỏe tổng quát) bao gồm các lần khám cho nhà trường, cao đẳng, nhà trẻ, thể thao, lao động, và học sinh mới.
3. Các xét nghiệm y khoa được chỉ định như bệnh thiếu máu, hồng cầu liềm, và đái tháo đường.
4. Chăm sóc và điều trị bệnh, bao gồm chẩn đoán bệnh tật cấp và mạn tính, cho thuốc và cấp toa.
5. Dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá, chẩn đoán, điều trị, và chuyển khám chuyên khoa.
6. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, bao gồm tư vấn kiêng quan hệ, cung cấp sự tiếp cận với phương tiện tránh thai, thử thai, tầm soát và điều trị STD, thử HIV, làm phết tế bào PAP khi có chỉ định, và chuyển khám chuyên khoa khi kết quả bất thường, tùy theo độ tuổi.
7. Giáo dục và tư vấn sức khỏe để phòng ngừa các hành vi nguy hiểm như: sử dụng ma túy, rượu bia, và thuốc lá; giáo dục về kiêng quan hệ, cách tránh thai, bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục, và HIV phù hợp theo độ tuổi.
8. Điều trị nha khoa bao gồm thăm khám, chụp x quang, các phác đồ chẩn đoán & điều trị gồm làm sạch răng, gây tê vùng hoặc tại chỗ, trám răng và trám sealant.
9. Chuyển khám cho những dịch vụ không được cung cấp tại trung tâm sức khỏe học đường.
10. Bảng câu hỏi/khảo sát sức khỏe hàng năm.

**SỰ ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH CHO VIỆC CÔNG BỐ THÔNG TIN SỨC KHỎE**

Chữ ký của tôi trên mặt sau của đơn này cho phép việc công bố thông tin sức khỏe do Trung tâm Sức khỏe Học đường thu thập được đến Hệ thống Trường Công lập DC và Sở Y tế DC. Thông tin này được luật riêng tư liên bang và luật Quận bảo vệ không bị tiết lộ. Tôi ngoài ra còn cho phép Trung tâm Sức khỏe Học đường công bố thông tin sức khỏe cụ thể đến Hệ thống Trường Công lập DC và Sở Y tế DC, hoặc do luật pháp hay quy định yêu cầu, hoặc do đây là điều cần thiết để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của con tôi.

Tôi hiểu rằng tôi không cần phải cho phép việc công bố thông tin sức khỏe của con tôi để con tôi có thể được nhận điều trị, và tôi có thể đổi ý bất cứ lúc nào và hủy bỏ sự cho phép của tôi bằng văn bản gửi đến Trung tâm Sức khỏe Học đường. Tuy nhiên, sau khi đã có sự công bố, tôi hiểu rằng sự hủy bỏ của tôi sẽ không bao gồm thông tin đã được công bố trước sự hủy bỏ này. Tôi cũng hiểu rằng thông tin sức khỏe được công bố theo đúng sự cho phép này có thể bị công bố lại bởi bên nhận và không còn được luật riêng tư của liên bang hoặc Quận bảo vệ.

Tôi cho phép Trung tâm Sức khỏe Học đường công bố thông tin sức khỏe cụ thể của học sinh có tên ở mặt sau đến Hệ thống Trường Công lập DC và Sở Y tế DC.

Tôi hiểu rằng kết quả cho các bệnh có thể báo cáo được và những lần chủng ngừa đã thực hiện sẽ được công bố đến Sở Y tế DC và Hệ thống Trường Công lập DC. Thêm vào đó, bệnh án và thông tin khảo sát có thể được dùng cho việc đánh giá chương trình tuân theo luật bảo mật danh tính bệnh nhân của Liên bang và Quận.

**Chữ ký của tôi trên trang 1 của đơn này còn thể hiện sự đồng ý cho Trung tâm Sức khỏe Học đường liên hệ với những nhà cung cấp dịch vụ khác đã thăm khám con tôi và thu nhận thông tin bảo hiểm.**

**Khoảng Thời gian Được Cho Phép Công bố Thông tin:**

**Từ:** Ngày đơn này được ký mặt sau

**Đến:** Ngày học sinh không còn theo học tại trường