

본인은 본인의 자녀가 컬럼비아 특별구 보건부(District of Columbia Department of Health, DC Health) 및 컬럼비아 특별구 공립학교(District of Columbia Public Schools, DCPS)가 승인한 학교 보건 프로그램의 일환으로 학교 기반 보건 센터의 공인 의료 서비스 전문가가 제공하는 건강 관리 서비스를 받는 것에 동의합니다. 본인은 학교 기반 보건 센터가 법에 따라 기밀을 보장하고, 학생들은 부모나 보호자와 상담 및 의료 결정을 함께 하도록 장려될 것을 이해합니다. 학교 기반 보건 센터 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

1. 시력, 청각, 천식, 비만 및 기타 의학적 상태에 대한 검진, 응급 처치, 필수 및 권장 예방접종을 포함한 학교 보건 서비스
2. 학교, 대학교, 어린이집, 스포츠 활동, 채용, 신규 등록 등과 관련한 종합 신체검사(전반적인 건강검진)
3. 빈혈, 겸상 적혈구, 당뇨 등 의학적으로 처방 받은 검사실 검사
4. 급성 및 만성 질환과 질병의 진단, 약품 조제 및 처방을 포함한 의료 관리 및 치료
5. 평가, 진단, 치료 및 의뢰를 포함하는 정신 건강 서비스
6. 금욕 상담, 피임법 제공, 임신 검사, 성병(STD) 검진 및 치료, HIV 검사, 필요한 경우 펩 스미어, 비정상적인 결과에 대한 치료 의뢰 등 연령에 적절한 생식 건강 관리 서비스
7. 약물, 알코올 섭취, 흡연 등 위험한 행동을 예방하기 위한 보건 교육 및 상담, 연령에 따른 금욕, 임신 예방, 성매개 감염, HIV 에 대한 적절한 교육
8. 검진, 엑스레이, 진단 및 처석 제거, 도포와 국소 마취, 충전재, 실란트를 포함할 수 있는 치료 양식으로 구성된 치과 치료
9. 학교 기반 보건 센터에서 제공하지 않는 서비스에 대한 치료 의뢰
10. 연간 건강 질문지/설문조사

의료 서비스 및 치료에 대한 동의

건강 정보 공개에 대한 부모 동의

아래 본인의 서명을 통해 학교 기반 보건 센터에서 수집한 건강 정보를 DC 공립학교와 DC Health에 공개하는 것을 허용합니다. 본 정보는 연방 개인정보보호법 및 DC 법률에 의해 공개되지 않도록 보호받을 수 있습니다. 본인은 또한 법이나 규정에 의해 요구되거나 자녀의 건강과 안전을 보호하기 위해 필요한 경우, 학교 기반 보건 센터가 DC 공립학교와 DC Health에 특정 의료 정보를 공개하도록 허용합니다.

본인은 본인의 자녀가 치료를 받기 위해 건강 정보를 공개할 필요가 없으며, 마음이 바뀐 경우 언제든지 학교 기반 보건 센터에 서면으로 승인을 취소할 수 있다는 것을 이해합니다. 단, 정보가 공개된 후에는 취소 이전에 공개된 정보에 취소가 적용되지 않음을 이해합니다. 또한 본인은 본 허가서에 따라 공개된 건강 정보는 수령인에 의해 재공개될 수 있으며, 수령인은 이 건강 정보가 특정 목적을 위해 재공개되며 추가 재공개는 추가 동의서가 필요하다는 서면 통지를 재공개 정보 수령자에게 제공해야 합니다.

본인은 학교 기반 보건 센터가 뒤 페이지에 명시된 학생의 특정 의료 정보를 DC 공립학교 및 DC Health에 공개하도록 허용합니다.

본인은 신고 대상 질병 및 예방접종 시행의 결과를 DC Health 및 DC 공립학교에 공개할 것을 이해합니다. 또한 케이스 기록 및 설문조사 정보는 환자 기밀에 관한 연방 및 DC 법률에 따라 프로그램 평가에 사용될 수 있습니다.

본 양식의 건강 정보 공개 동의 섹션에 있는 본인의 서명은 학교 기반 보건 센터에서 본인의 자녀를 검사하는 다른 의료 서비스 제공자에게 연락하고 보험 정보를 얻는 데도 동의하는 것입니다.

정보 공개가 허용되는 기간:

시작: 양식에 서명한 날짜 종료: 학생이 더 이상 학교에 등록하지 않은 날짜

학교 기반 보건 센터 서비스에 대한 부모 동의

예: 본인은 이전 페이지(학교 기반 보건 센터 서비스)에 기재된 서비스를 읽고 이해하며 본인의 서명은 본인의 자녀가 학교에 다니는 한 선정된 학교 기반 보건 센터에서 제공하는 서비스를 받는 데 동의하는 것입니다. 본인은 자녀의 모든 신체적 또는 치과 보건 변경 사항과 자녀를 대신해 동의를 제공할 수 있는 본인의 능력에 영향을 주는 자녀 양육권의 모든 변경 사항을 서면으로 학교 기반 보건 센터에 즉시 알리는 데 동의합니다.

참고: 미성년자 건강 동의 규정[Minor's Health Consent Regulation (22-B DCMR 600)]에 따라 (1) 임신 또는 적절한 중절, (2) 약물 및 알코올 남용을 비롯한 약물 남용, (3) 정신 또는 정서 건강 상태, (4) 성병에 대한 예방, 진단 또는 치료에 부모의 동의가 필요하지 않습니다. 또한 학생의 건강이 위태로운 상황에서 응급처치 또는 의료 서비스를 제공하는 경우 부모의 동의가 필요하지 않습니다. 18세 이상의 학생이나 법적으로 독립한 학생의 경우 부모의 동의가 필요하지 않습니다.

본인은 DC 공식 법규(섹션 38-651.11)에 명시된 바와 같이 DC, 학교, 교직원 및 개업의, 보조 의사, 전문간호사를 포함한 대리인은 D.C 공식 법규(섹션 38-651.01 이하 참조)에 따라 범죄 행위, 고의적 잘못, 중대한 과실 또는 고의적 위법 행위를 제외한, 책임의 성실한 수행과 관련하여나 이로 인한 작위 또는 부작위에 대한 민사상 책임이 면제됨을 알고 동의합니다. 본인은 해당 학생이 의료 서비스를 받을 수 있기 전에 본 양식을 작성하여 제출해야 함을 이해합니다.

아니요: 본인은 본인의 자녀가 SBHC 서비스를 받는 것을 허가하지 않습니다.

X

부모/보호자 서명 (또는 학생으로서 18세 이상이거나 법적으로 허용된 경우)

날짜

건강 정보 공개에 대한 부모 동의

본인은 본 양식의 건강 정보 공개를 읽고 이해했습니다. 본인의 서명은 명시된 대로 의료 정보를 공개하는 데 동의함을 나타냅니다.

X

부모/보호자 서명 (또는 학생으로서 18세 이상이거나 법적으로 허용된 경우)

날짜