

**Mẫu Chấp Thuận cho Các Dịch Vụ Y Tế và Điều Trị**

Chọn Trường Học Sinh Theo Học:

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

THÔNG TIN HỌC SINH	THÔNG TIN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ
<p>Họ của Học Sinh: _____</p> <p>Tên của Học Sinh: _____</p> <p>Ngày Sinh: ____/____/____ Tháng Ngày Năm</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"/> Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Người Da Đen <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Á Châu/Gốc Đảo Thái Bình Dương <input checked="" type="checkbox"/> Khác _____</p> <p>Địa Chỉ của Học Sinh: _____</p> <p>SBHC có phải sẽ là bác sĩ thông thường của học sinh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không, ai là hoặc sẽ là bác sĩ thông thường của học sinh? Tên: _____ Điện Thoại: _____ Địa Chỉ: _____</p>	<p><b>Mẹ</b> Họ: _____ Tên: _____</p> <p><b>Cha</b> Họ: _____ Tên: _____</p> <p><b>Người Giám Hộ Hợp Pháp, nếu có</b> Họ: _____ Tên: _____ Mối quan hệ của người giám hộ hợp pháp với học sinh <input type="checkbox"/> Ông/Bà <input type="checkbox"/> Di hoặc Chú <input type="checkbox"/> Khác: _____</p> <p><b>Thông tin liên hệ của cha mẹ hoặc người giám hộ</b> Điện Thoại Nhà: _____ Điện Thoại Nơi Làm Việc: _____ Di Động: _____</p> <p><b>Liên Hệ Khẩn Cấp Bổ Sung</b> Tên: _____ Mối Quan Hệ với Học Sinh: _____ Điện Thoại Nhà: _____ Điện Thoại Nơi Làm Việc: _____ Di Động: _____</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><b>Chương Trình nào?</b> <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 Sức Khỏe Đặc Biệt (HSCSN) <input type="checkbox"/> CareFirst Community Health Plan DC</p>	<p>Con quý vị có bảo hiểm thông qua chủ lao động của quý vị hoặc bất kỳ loại bảo hiểm y tế nào khác không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế: _____ ID Thành Viên/Số Hợp Đồng: _____ Số Điện Thoại của Bảo Hiểm Y Tế: _____</p> <p><b>Nếu con quý vị không có bảo hiểm y tế, quý vị có muốn được người quản lý hồ sơ lâm sàng liên hệ để được hỗ trợ về việc nhận bảo hiểm y tế không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
--	--

**CÁC DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG**

Tôi đồng ý cho con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do các chuyên gia y tế được cấp phép tại Trung Tâm Y Tế Tại Trường cung cấp như một phần của chương trình y tế học đường được Sở Y Tế DC (DC Health) và Học Khu Công lập DC (DCPS) phê duyệt Tôi hiểu rằng Trung Tâm Y Tế Tại Trường sẽ đảm bảo bảo mật theo quy định của pháp luật và học sinh sẽ được khuyến khích để cha mẹ hoặc người giám hộ tham gia vào các quyết định cố vấn và chăm sóc y tế. Các dịch vụ của Trung Tâm Y Tế Tại Trường bao gồm, nhưng không chỉ gồm:

1. 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.
2. Kiểm tra thể chất toàn diện (kiểm tra y tế toàn diện) bao gồm khám sức khỏe cho trường, đại học, dịch vụ trẻ giữ trẻ, tham gia thể thao, việc làm và nhập học mới.
3. Các xét nghiệm được chỉ định về mặt y tế trong chắt hạn như bệnh thiếu máu, bệnh tế bào liềm và bệnh tiểu đường.
4. Chăm sóc và điều trị y tế, bao gồm chẩn đoán bệnh tật và bệnh tật cấp tính và mạn tính, cấp phát và kê toa thuốc.
5. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá, chẩn đoán, điều trị và giới thiệu.
6. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, bao gồm tư vấn về việc tiết chế quan hệ tình dục, cung cấp khả năng tiếp cận với biện pháp tránh thai, xét nghiệm mang thai, sàng lọc và điều trị bệnh lây qua đường tình dục, xét nghiệm HIV, phết tế bào PAP khi được chỉ định và yêu cầu giới thiệu khi có kết quả bất thường, tùy theo độ tuổi.
7. Tư vấn, phổ biến kiến thức về sức khỏe để phòng ngừa các hành vi có nguy cơ như: sử dụng ma túy, rượu, thuốc lá; phổ biến kiến thức phù hợp với lứa tuổi về tiết chế quan hệ tình dục, phòng tránh mang thai, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục và HIV.
8. 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 và cục bộ, hàn răng và trám kín răng.
9. Giấy giới thiệu cho các dịch vụ không được cung cấp tại trung tâm y tế tại trường.
10. Bảng câu hỏi/khảo sát sức khỏe hàng năm.

**MẪU CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH ĐỐI VỚI VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE**

Với việc ký tên dưới đây, tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe do Trung Tâm Y Tế Tại Trường có được cho các Học Khu Công Lập DC và DC Health. Thông tin này có thể được bảo vệ khỏi việc tiết lộ bởi luật về quyền riêng tư của liên bang và luật của DC. Tôi cũng ủy quyền cho Trung Tâm Y Tế Tại Trường tiết lộ thông tin y tế cụ thể cho Học Khu Công Lập DC và DC Health, vì luật pháp hoặc quy định yêu cầu, hoặc vì điều đó là cần thiết để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của con tôi.

Tôi hiểu rằng tôi không cần phải cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của con tôi để con tôi được điều trị và tôi có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào và thu hồi sự cho phép của mình bằng cách viết thư cho Trung Tâm Y Tế Tại Trường. Tuy nhiên, sau khi việc tiết lộ đã được thực hiện, tôi hiểu rằng việc thu hồi của tôi không bao gồm thông tin được tiết lộ trước khi thu hồi. Tôi cũng hiểu rằng thông tin sức khỏe được tiết lộ theo sự cho phép này có thể được người nhận tiết lộ lại, người sẽ cung cấp thông báo bằng văn bản cho bên tiếp nhận rằng thông tin sức khỏe này đang được tiết lộ lại nhằm mục đích cụ thể đã nêu và bất kỳ việc tiết lộ lại bổ sung nào sẽ cần có sự chấp thuận bổ sung.

Tôi cho phép Trung Tâm Y Tế Tại Trường tiết lộ thông tin y tế cụ thể của học sinh có tên trên trang sau cho Học Khu Công Lập DC và DC Health.

Tôi hiểu rằng kết quả của các căn bệnh cần được báo cáo và việc chủng ngừa được thực hiện sẽ được tiết lộ cho DC Health và Học Khu Công Lập DC. Ngoài ra, hồ sơ trường hợp và thông tin khảo sát có thể được sử dụng để đánh giá chương trình theo luật Liên Bang và DC liên quan đến sự bảo mật của bệnh nhân.

Với việc ký tên trong phần Chấp Thuận Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe trong mẫu này, tôi cũng cho phép Trung Tâm Y Tế Tại Trường 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 Trong Khi Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin:**

**Từ:** Ngày biểu mẫu này được ký tên **Tới:** Ngày học sinh đó không còn ghi danh học tại trường nữa

**MẪU CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH ĐỐI VỚI CÁC DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG**

**CÓ:** Tôi đã đọc và hiểu các dịch vụ được liệt kê trên trang trước (Các Dịch Vụ của Trung Tâm Y Tế Tại Trường) và với việc ký tên, tôi chấp thuận cho con tôi nhận các dịch vụ do Trung Tâm Y Tế Tại Trường được lựa chọn cung cấp miễn là con tôi là học sinh tại trường. Tôi cũng đồng ý rằng tôi sẽ thông báo ngay cho Trung Tâm Y Tế Tại Trường bằng văn bản về bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe thể chất hoặc nha khoa của con tôi và bất kỳ thay đổi nào về quyền giám hộ con tôi, điều này ảnh hưởng đến khả năng tôi đưa ra sự chấp thuận này thay mặt cho con tôi.

**LƯU Ý:** Theo Quy Định về Sự Đồng Ý Chăm Sóc Sức Khỏe Trẻ Vị Thành Niên (22-B DCMR 600), không cần sự đồng ý của cha mẹ đối với việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị (1) mang thai hoặc việc chấm dứt hợp pháp; (2) lạm dụng chất kích thích, bao gồm lạm dụng ma túy và rượu; (3) tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc cảm xúc, hoặc (4) bệnh lây truyền qua đường tình dục. Ngoài ra, không cần sự đồng ý của cha mẹ 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 gặp nguy hiểm. Không cần sự đồng ý của cha mẹ đối với học sinh từ 18 tuổi trở lên hoặc đối với học sinh sống tự lập hợp pháp.

Tôi xác nhận và đồng ý rằng, như được quy định trong Bộ Luật Chính Thức của D.C. mục 38-651.11, DC, trường học, nhân viên và đại diện, bao gồm bác sĩ hành nghề, trợ lý bác sĩ hoặc y tá hành nghề cao cấp, 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 một cách thiện chí của họ đối với trách nhiệm theo Bộ Luật Chính Thức của D.C. mục 38-651.01 và các mục tiếp theo, ngoại trừ các hành vi phạm tội, cố ý làm trái, hành vi bất cẩn hoặc hành vi sai trái cố ý. Tôi hiểu rằng tôi phải hoàn thành và nộp mẫu này trước khi học sinh có thể nhận được các dịch vụ sức khỏe.

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

**MẪU CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH ĐỐI VỚI VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE**

Tôi đã đọc và hiểu về việc tiết lộ thông tin sức khỏe của biểu mẫu này. Chữ ký của tôi thể hiện việc tôi chấp thuận tiết lộ thông tin y tế như đã nêu.

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