

Kính gửi phụ huynh hoặc người giám hộ:

Chúng tôi vui mừng thông báo với bạn rằng Trường Trung học Andrew Hill có Trung tâm Y tế tại Trường (SBHC). SBHC được điều hành bởi Bay Area Community Health. SBHC có nhân viên là các chuyên gia được cấp phép về y tế và sức khỏe tâm thần.

Vui lòng biết rằng con bạn có thể sử dụng Trung tâm Y tế tại Trường học và cũng có thể gặp các bác sĩ khác của bạn. Việc ký tên đồng ý này không thay đổi bảo hiểm của bạn, không thay đổi bác sĩ riêng của bạn và không ảnh hưởng đến số lần con bạn có thể gặp bác sĩ chính của mình.

Tại Trung tâm Y tế tại Trường học, con bạn có thể nhận được hầu hết các dịch vụ được liệt kê dưới đây miễn phí, bất kể tình trạng bảo hiểm. SBHC sẽ gửi hóa đơn cho bảo hiểm, và sẽ được bớt giá bất kỳ dịch vụ nào không được bảo hiểm chi trả.

Dịch vụ của Trung tâm Y tế tại Trường học bao gồm:

- Hoàn thành kiểm tra thể chất
- Thuốc và đơn thuốc
- Xét nghiệm y khoa; chủng ngừa
- Chăm sóc y tế, bao gồm điều trị các bệnh cấp tính và mãn tính
- Chăm sóc nha khoa
- Dịch vụ và Tư vấn Sức khỏe Tâm thần
- Kiểm tra thị lực, thính giác, hen suyễn, béo phì và các tình trạng bệnh lý khác;
- Tư vấn và Giáo dục Sức khỏe

Để đăng ký cho con bạn các dịch vụ của Trung tâm Y tế tại Trường học của chúng tôi, vui lòng đọc và ký tên và gửi lại Mẫu Chấp thuận của Phụ huynh.

Chúng tôi mong được gặp bạn và chúng tôi mong được cung cấp các dịch vụ y tế cho con bạn. Vui lòng đến thăm chúng tôi tại Trung tâm Y tế tại Trường hoặc gọi cho chúng tôi theo số 408-347-4240 để biết thêm thông tin.

Trân trọng,

Bay Area Community Health

ĐƠN ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ TRƯỜNG HỌC

3200 Senter Rd, San Jose, CA 95111

**Vui lòng gửi lại biểu mẫu này cho phòng khám trong khuôn viên trường hoặc gửi biểu mẫu đã hoàn thành qua email đến hộp thư an toàn tại: sbhc.bh@bach.health

Vui lòng biết rằng con bạn có thể sử dụng Trung tâm Y tế tại Trường học và gặp các bác sĩ khác của bạn. Việc ký tên đồng ý này không thay đổi bảo hiểm của bạn, không thay đổi bác sĩ riêng của bạn và không ảnh hưởng đến số lần con bạn có thể gặp bác sĩ riêng của chúng.

THÔNG TIN HỌC SINH	PARENT INFORMATION
<p>Họ của học sinh: _____</p> <p>Tên Học Sinh : _____</p> <p>Ngày sinh : _____ / _____ / _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Tháng Ngày Năm</small></p> <p>Địa chỉ sinh viên: _____ _____ <small style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;">Thành phố Tiểu bang Mã bưu điện</small></p> <p>Email sinh viên: _____</p> <p>* Số an sinh xã hội của sinh viên : _____</p> <p>Giới tính : <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Học lớp mấy _____</p> <p>Dân tộc: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> C h â u Á <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>Liệt kê bác sĩ thường xuyên của học sinh, nếu có?</p> <p>Tên : _____</p> <p>Điện thoại: _____</p> <p>Địa chỉ: _____</p> <p>Cho biết Nhà Thuốc nơi chúng tôi có thể gửi đơn thuốc.</p> <p>Tiệm thuốc: _____</p> <p>Địa chỉ nhà thuốc: _____</p> <p>Điện thoại nhà thuốc: _____</p> <p>*Không bắt buộc điền: Dùng cho mục đích bảo hiểm</p>	<p>Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp:</p> <p>Họ: _____ Tên: _____</p> <p>Điện thoại nhà/cơ quan: _____</p> <p>Điện thoại di động: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Ngày sinh : _____ / _____ / _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Tháng Ngày Năm</small></p> <p>Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp:</p> <p>Họ: _____ Tên: _____</p> <p>Điện thoại nhà/cơ quan: _____</p> <p>Điện thoại di động: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Nếu là người giám hộ hợp pháp, mối quan hệ với học sinh:</p> <p><input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Dì/Chú <input type="checkbox"/> Cha mẹ nuôi <input type="checkbox"/> Khác : _____</p> <p>Điện thoại nhà/cơ quan: _____</p> <p>Điện thoại di động: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Ngôn ngữ sử dụng của phụ huynh/người giám hộ: _____</p> <p style="text-align: center;">LIÊN HỆ KHẨN CẤP</p> <p>Tên: _____</p> <p>Mối quan hệ với học sinh: _____</p> <p>Điện thoại nhà/cơ quan: _____</p> <p>Điện thoại di động: _____</p>
Thông tin bảo hiểm	
<p>Con bạn có Medi-cal không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có : ID # _____</p> <p>Con bạn có bảo hiểm khác không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có , Bả o h i ể m : _____</p> <p>Thành Viên ID/ Số Policy: _____</p> <p>Số điện thoại bảo hiểm: _____</p>	<p>Nếu con bạn không có bảo hiểm, bạn có muốn được liên lạc để trợ giúp xin bảo hiểm ?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có , Thời gian tốt nhất để liên lạc với bạn ? _____</p>

Phần 1. ĐƠN ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ TRƯỜNG HỌC. Vui lòng ký tên Phần 1 & 2

Dịch vụ của trung tâm y tế trường học

Tôi đồng ý cho con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do các chuyên gia y tế của BAY AREA COMMUNITY HEALTH tại Trường Trung học Andrew Hill cung cấp như một phần của chương trình trung tâm y tế tại trường. Tôi hiểu rằng tính bảo mật giữa học sinh và văn phòng y tế sẽ được đảm bảo trong các lĩnh vực dịch vụ cụ thể theo quy định của pháp luật và học sinh sẽ được khuyến khích mời phụ huynh 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 Trường học có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở:

1. Các dịch vụ y tế bắt buộc của trường, bao gồm: kiểm tra thị lực (bao gồm kính mắt và độ giãn nở của mắt), thính giác, hen suyễn, béo phì, vẹo cột sống, Lao và các tình trạng y tế khác, sơ cứu, và các loại chủng ngừa bắt buộc và khuyến nghị.
2. Khám sức khỏe toàn diện (khám sức khỏe toàn diện) bao gồm khám học tập, thể thao, giấy tờ làm việc và tuyển sinh mới.
3. Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được chỉ định về mặt y tế như bệnh thiếu máu, bệnh hồng cầu hình liềm và bệnh tiểu đường.
4. Chăm sóc và điều trị y tế, bao gồm chẩn đoán bệnh cấp tính và mãn tính, cấp phát và kê đơn thuốc.
5. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá, chẩn đoán, điều trị và giới thiệu.
6. Giáo dục và tư vấn sức khỏe nhằm ngăn ngừa các hành vi nguy hiểm như: lạm dụng ma túy, rượu và hút thuốc, cũng như giáo dục về kiêng cử và phòng ngừa mang thai, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, phù hợp với lứa tuổi và được chỉ định về mặt y tế.

Tôi đã đọc và hiểu các dịch vụ được liệt kê ở trang tiếp theo (Dịch vụ của Trung tâm Y tế tại Trường học) và chữ ký của tôi đồng ý để con tôi nhận được các dịch vụ do Trung tâm Y tế tại Trường Trung học Andrew Hill cung cấp miễn là con tôi còn là học sinh của trường. Tôi cũng đồng ý rằng tôi cần thông báo bằng văn bản cho Trung tâm Y tế tại Trường học về bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe thể chất hoặc răng miệng của con tôi và bất kỳ thay đổi nào trong việc giám hộ con tôi mà ảnh hưởng đến khả năng của tôi trong việc cung cấp sự đồng ý này thay mặt cho con tôi. Theo luật, không cần có sự đồng ý của phụ huynh đối với việc tiến hành khám sàng lọc, áp dụng điều trị sơ cứu, chăm sóc trước khi sinh, các dịch vụ liên quan đến hành vi tình dục và ngừa thai cũng như cung cấp các dịch vụ khi sức khỏe của học sinh có vẻ bị đe dọa. Không cần có sự đồng ý của phụ huynh đối với học sinh từ 18 tuổi trở lên hoặc đối với học sinh là cha mẹ, đã kết hôn hoặc tự do hợp pháp. Chữ ký của tôi cho biết tôi đã nhận được một bản sao của Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư. Chữ ký của tôi cũng đồng ý cho phép liên lạc với các văn phòng bác sĩ khác đã khám cho con tôi.

X _____

Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ

Ngày

Phần 2. TUÂN THỦ HIPAA VỀ SỰ ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH ĐỂ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi, _____, đã đọc và hiểu việc tiết lộ thông tin sức khỏe trong phần 2 trên biểu mẫu này và cho phép Bay Area Community Health chia sẻ thông tin được liệt kê trong phần 2 của tài liệu này cho trường học tại Quận Santa Clara và Học khu East Side Union High School và Trường Trung học Andrew Hill, 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. Chữ ký của tôi thể hiện sự đồng ý tiết lộ thông tin y tế như được chỉ định trong phần 2. Thông tin này có thể được bảo vệ khỏi tiết lộ bởi luật riêng tư liên bang và luật California. Giấy ủy quyền chia sẻ thông tin sức khỏe của con tôi này có hiệu lực từ _____ đến _____.

Tôi cho phép Bay Area Community Health :

[Đánh dấu vào (các) ô thích hợp]

Tiết lộ hồ sơ sức khỏe đầy đủ của con tôi bao gồm nhưng không giới hạn ở chẩn đoán, kết quả xét nghiệm, điều trị và hồ sơ thanh toán cho tất cả các tình trạng.

Hoặc

Tiết lộ hồ sơ sức khỏe đầy đủ của con tôi ngoại trừ những thông tin sau:

- Hồ sơ sức khỏe tâm thần
- Các bệnh truyền nhiễm bao gồm nhưng không giới hạn ở HIV và AIDS
- Hồ sơ điều trị lạm dụng rượu/ma túy
- Thông tin di truyền
- Khác (Ghi rõ) _____

X _____

Ngày

Tôi hiểu rằng tôi được phép thu hồi giấy ủy quyền chia sẻ dữ liệu sức khỏe của con tôi bất kỳ lúc nào và có thể làm như vậy bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản tới Bay Area Community Health.

Việc thu hồi sẽ không ngăn cản con tôi nhận được bất kỳ sự điều trị hoặc quyền lợi nào mà đáng được nhận, thông tin này không bắt buộc phải có để xác định xem có đủ điều kiện nhận những điều trị hoặc quyền lợi hoặc những thanh toán cho các dịch vụ mà nhận được hay không.