



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 | THÔNG TIN PHỤ HUYNH |
|--|---|
| <p>Họ của học sinh: _____</p> <p>Tên Học Sinh : _____</p> <p>Ngày sinh : _____ / _____ / _____ Tháng Ngày Năm</p> <p>Địa chỉ sinh viên : _____ _____</p> <p>Thành phố Tiểu bang Mã bưu điện</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 Grade _____</p> <p>Dân tộc : <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Châu Á /Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>Liệt kê bác sĩ thường xuyên của học sinh, nếu họ có? Tên : _____ Điện thoại: _____ Địa chỉ _____</p> <p>Cho biết Nhà thuốc nơi chúng tôi có thể gửi đơn thuốc.. Tiệm thuốc _____ Địa chỉ nhà thuốc: : _____ 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: Nếu là người giám hộ hợp pháp, mối quan hệ với học sinh: <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Dì/Chú <input type="checkbox"/> Cha mẹ nuôi <input type="checkbox"/> Khác : _____ Họ: _____ Tên : _____ Điện thoại nhà/cơ quan : _____ Điện thoại di động : _____ Email: _____ Ngôn ngữ sử dụng của phụ huynh/người giám hộ : _____</p> <p>Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp: Nếu là người giám hộ hợp pháp, mối quan hệ với học sinh: <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Dì/Chú <input type="checkbox"/> Cha mẹ nuôi <input type="checkbox"/> Khác : _____ Họ: _____ Tên : _____ Điện thoại nhà/cơ quan : _____ Điện thoại di động : _____ Email : _____ Ngôn ngữ sử dụng của phụ huynh/người giám hộ : _____</p> <p>ADDITIONAL EMERGENCY CONTACT Tên : _____ Mối quan hệ với học sinh: _____ Điện thoại nhà/cơ quan : _____ Điện thoại di động : _____ Ngôn ngữ chọn khi cần liên lạc khẩn cấp : _____</p> |



Thông tin bảo hiểm

Con bạn có Medi-cal không?

Không Có: ID# _____

Con bạn có bảo hiểm không?

Không Có, Bảo hiểm: _____

Thành Viên ID/ Số Policy : _____

Số điện thoại bảo hiểm : _____

Nếu con bạn không có bảo hiểm, bạn có muốn được liên lạc để trợ giúp xin bảo hiểm ?

Không Có Thời gian tốt nhất để liên lạc với bạn? _____

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

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 Mt. Pleasant 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 rằng 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 y tế trong phần 2 trên mẫu đơn này. Chữ ký của tôi cho thấy tôi đồng ý với tiết lộ thông tin y tế như được chỉ định trong phần 2. Thông tin này có thể được bảo vệ khỏi tiết lộ theo luật riêng tư liên bang và luật California. Tôi tiếp tục ủy quyền cho Trung tâm Y tế tại Trường học tiết lộ thông tin y tế cụ thể cho Học khu Trung Học East Side Union, Các Trường Công lập Quận Santa Clara và Bộ Y tế Công cộng California vì điều đó được yêu cầu bởi luật pháp hoặc theo quy định, hoặc bởi vì nó là cần thiết để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của con tôi.

X _____

Ngày _____

DỊCH VỤ TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC

Tôi đồng ý cho con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp bởi các chuyên gia y tế được Tiểu bang cấp phép của BAY AREA COMMUNITY HEALTH /TRƯỜNG TRUNG HỌC ANDREW HILL như một phần của chương trình trung tâm y tế tại trường. Tôi hiểu rằng tính bảo mật giữa học sinh và văn phòng dịch vụ 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 để 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 tại Trường học có thể bao gồm, nhưng không giới hạn :

1. Các dịch vụ y tế trường học bắt buộc, bao gồm: kiểm tra thị lực (bao gồm kính mắt và độ giãn của mắt), thính giác, hen suyễn, béo phì, vẹo cột sống, Lao và các tình trạng y tế khác, sơ cứu, tiêm chủng bắt buộc và khuyến nghị.
2. Khám sức khỏe toàn diện (khám tổng quát) bao gồm các hoạt động học tập, thể thao, giấy tờ làm việc và các trường hợp mới nhập học.
3. Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm y tế như bệnh thiếu máu, hồng cầu hình liềm và bệnh tiểu đường.
4. Khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm chẩn đoán bệnh, bệnh cấp tính, mãn tính, cấp phát, kê đơn thuốc.
5. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá, chẩn đoán, điều trị và giới thiệu chuyên môn
6. Tư vấn và giáo dục sức khỏe để ngăn ngừa các hành vi nguy cơ như: lạm dụng ma túy, rượu và thuốc lá, cũng như giáo dục về kiêng và phòng ngừa mang thai, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, phù hợp với lứa tuổi và chỉ định về mặt y tế.
7. Khám răng bao gồm: chẩn đoán, điều trị và trám răng nếu có.
8. Giới thiệu dịch vụ không được cung cấp tại trung tâm y tế tại trường.
9. Bảng câu hỏi/khảo sát sức khỏe hàng năm.