

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC

MẪU BỆNH SỬ



Vui lòng điền vào mẫu này để giúp chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cho con quý vị. Con quý vị sẽ được mời đến trung tâm y tế để kiểm tra sức khỏe nhằm xem xét cân nặng, chiều cao, huyết áp và lịch sử chủng ngừa, cũng như hoàn thành quá trình thẩm định nguy cơ sức khỏe. Trung tâm y tế sẽ liên hệ với quý vị về bất kỳ khuyến nghị nào giúp hỗ trợ sức khỏe và sự sẵn sàng học tập của con quý vị. Cần có sự đồng ý bổ sung của phụ huynh/người giám hộ trước khi tiêm bất kỳ loại vắc-xin nào. Vui lòng liên hệ với trung tâm y tế nếu con quý vị có vấn đề về sức khỏe và cần một cuộc hẹn.

HỌC SINH	Tên	Họ	Ngày sinh / /
	Tên (viết hoa) của người điền vào mẫu	Mối quan hệ với học sinh (nếu không phải là học sinh)	Ngày hoàn thành / /
Số điện thoại phù hợp nhất để liên hệ với quý vị		Thời điểm phù hợp nhất để gọi điện	

CÂU HỎI VỀ CON QUÝ VỊ:

<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có bác sĩ chăm sóc chính hoặc phòng khám không?
		Tên nhà cung cấp: Phòng khám: Điện thoại:
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có được khám sức khỏe tổng quát hay khám sức khỏe toàn diện trong năm qua không?
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có được khám răng trong năm qua không?
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có bị dị ứng với thuốc hay bất kỳ dị ứng nào khác không? (Mô tả):
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có dùng bất kỳ loại thuốc nào không? (Bao gồm cả vitamin và thuốc không cần toa thuốc.)
		Thuốc Liều dùng Lý do
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có đang bị bất kỳ vấn đề nào về sức khỏe không? (Mô tả):
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị đã từng nằm viện hay phải phẫu thuật chưa? (Mô tả):
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có bất kỳ nhu cầu hoặc vấn đề nào về trường học/học tập không?
<input type="checkbox"/> Vấn đề về đi học chuyên cần <input type="checkbox"/> Điểm kém hơn hoặc không đạt <input type="checkbox"/> Giáo dục đặc biệt <input type="checkbox"/> Khác:		
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Quý vị có vấn đề nào khác về tình trạng sức khỏe của con mình không? (ví dụ: quá lo lắng, căng thẳng, trầm cảm, lo âu, v.v.) (Mô tả):

CÂU HỎI VỀ GIA ĐÌNH QUÝ VỊ:

Có những ai sống trong nhà quý vị?		
Nếu con quý vị cũng sống trong một ngôi nhà khác, thì có những ai sống ở đó?		
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Gia đình quý vị có gặp phải thay đổi hoặc khó khăn lớn nào trong năm qua không? Nếu có, hãy mô tả:
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Có ai sống với con quý vị hút thuốc lá, xì gà, thuốc lá điện tử hoặc cần sa không?
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Quý vị có lo rằng sẽ không có đủ đồ ăn hoặc tiền để nuôi sống gia đình mình không?
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Có súng trong nhà quý vị không? Nếu có, súng có được khóa không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có phải là con nuôi không?

BỆNH SỬ GIA ĐÌNH (Chọn tất cả các mục áp dụng)

Thành viên gia đình	Không có vấn đề nào đã biết	Lạm dụng rượu bia/ma túy	Viêm khớp	Hen suyễn	Ung thư	Vấn đề về tim mạch	Trầm cảm	Tiểu đường	Cholesterol cao	Tăng huyết áp	Bệnh thận	Bệnh tâm thần	Đột quỵ	Vấn đề về mắt
Mẹ														
Cha														
Thành viên khác trong gia đình:														
Thành viên khác trong gia đình:														

Có tiền sử bệnh hoặc bệnh mạn tính nào khác trong gia đình không?

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC

MẪU ĐĂNG KÝ DÀNH CHO BỆNH NHÂN



Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào mẫu này để giúp chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cho con quý vị. Sự đồng ý này sẽ duy trì hiệu lực từ năm này sang năm khác. Vui lòng gửi yêu cầu bằng văn bản nếu quý vị muốn rút lại sự đồng ý cho các dịch vụ. Do tình trạng phi lợi nhuận và nguồn tài trợ cho Community Health Center of Snohomish County (CHC), chúng tôi bắt buộc phải hỏi những câu hỏi đăng ký này (màu xám). Quý vị có quyền từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào trong số này. Thông tin quý vị cung cấp sẽ không được chia sẻ hoặc sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài việc thu thập dữ liệu nhân khẩu học chung để phục vụ tốt hơn cộng đồng của chúng ta.

Vui lòng hoàn thành các mục 1-6.

1. NHÂN KHẨU HỌC VÀ THÔNG TIN VỀ HỌC SINH					
HỌ		TÊN		TÊN ĐỆM	
HỌ TRƯỚC ĐÂY		TÊN ƯU THÍCH			
MÃ HỌC SINH		NGÀY SINH / / THÁNG NGÀY NĂM		GIỚI TÍNH LÚC SINH <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
HỌ TRƯỚC ĐÂY <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phi nhị nguyên giới					
ĐỊA CHỈ NHẬN THƯ		CĂN HỘ		ĐỊA CHỈ THỨ HAI (nếu khác)	
CĂN HỘ					
THÀNH PHỐ		TIỂU BANG		MÃ ZIP	
THÀNH PHỐ		TIỂU BANG		MÃ ZIP	
ĐIỆN THOẠI CỦA PHỤ HUYNH <input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Cơ quan		SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA HỌC SINH <input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Cơ quan			
ĐỊA CHỈ E-MAIL CỦA PHỤ HUYNH		ĐỊA CHỈ E-MAIL CỦA HỌC SINH			
LỰA CHỌN ƯU TIÊN NHẬN THÔNG BÁO VỀ CUỘC HẸN (chọn một) PHỤ HUYNH <input type="checkbox"/> Nhắn tin <input type="checkbox"/> Gọi điện		LỰA CHỌN ƯU TIÊN NHẬN THÔNG BÁO VỀ CUỘC HẸN (chọn một) HỌC SINH <input type="checkbox"/> Nhắn tin <input type="checkbox"/> Gọi điện			
BẢN DẠNG GIỚI		<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Chuyển giới nam sang nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Chuyển giới nữ sang nam <input type="checkbox"/> Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Phi nhị nguyên giới/Không xác định giới tính		<input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ	
XU HƯỚNG TÍNH DỤC		<input type="checkbox"/> Dị tính <input type="checkbox"/> Đồng tính nữ <input type="checkbox"/> Lưỡng tính <input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Đồng tính nam <input type="checkbox"/> Không xác định <input type="checkbox"/> Toàn tính luyến ái <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ			
ĐẠI TỪ ƯU THÍCH		<input type="checkbox"/> Cô ấy, của cô ấy <input type="checkbox"/> Anh ấy, của anh ấy		<input type="checkbox"/> Họ, của họ <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ <input type="checkbox"/> Khác:	
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA/LATINH KHÔNG?		<input type="checkbox"/> Có, là người gốc Tây Ban Nha/Latinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc Tây Ban Nha/Latinh		<input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ	
CHỪNG TỘC HOẶC NGUỒN GỐC DÒNG HỌ CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?		<input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ/Thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Nhiều chủng tộc		<input type="checkbox"/> Người châu Á <input type="checkbox"/> Người da đen/Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Từ chối xác định	
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CỰU CHIẾN BINH MỸ KHÔNG?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?		<input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Mùa vụ		<input type="checkbox"/> Trẻ em <input type="checkbox"/> Không có việc làm <input type="checkbox"/> Đang tham gia nghĩa vụ quân sự	
				<input type="checkbox"/> Tự kinh doanh <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Học sinh	
NGÔN NGỮ VIẾT ƯU TIÊN CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?		QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI PHIÊN DỊCH KHÔNG?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2. PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ (NẾU BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI)					
HỌ CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ		TÊN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ		NGÀY SINH / / GIỚI TÍNH <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
ĐỊA CHỈ NHẬN THƯ		CĂN HỘ		MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN <input type="checkbox"/> Phụ huynh <input type="checkbox"/> Người giám hộ <input type="checkbox"/> Khác	
THÀNH PHỐ		TIỂU BANG		MÃ ZIP	
				ĐIỆN THOẠI <input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Cơ quan	

BẮT BUỘC ĐĂNG KÝ VỚI TRUNG TÂM Y TẾ
 Vui lòng hoàn thành và gửi lại tất cả các mẫu cần thiết để Đăng ký với Trung tâm Y tế

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC

MẪU ĐĂNG KÝ DÀNH CHO BỆNH NHÂN



Tiếp tục từ mặt trước.

3. BẢO HIỂM				
QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
VUI LÒNG LIỆT KÊ THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM	TÊN BẢO HIỂM		NGÀY HIỆU LỰC	
	MÃ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THEO NHÓM	MÃ HỘI VIÊN		
	TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ/CHỦ SỞ HỮU HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	NGÀY SINH CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ		
QUÝ VỊ CÓ QUAN TÂM ĐẾN CHƯƠNG TRÌNH GIẢM PHÍ THEO THANG ĐOỊ CHIẾU CỦA CHÚNG TÔI KHÔNG?	Chúng tôi cung cấp chính sách giảm phí theo thang đoị chiếu nếu quý vị không có bảo hiểm y tế hoặc cần trợ giúp thanh toán những chi phí mà bảo hiểm y tế không chi trả. Điều kiện để tham gia chương trình và mức phí tối thiểu phụ thuộc vào quy mô gia đình và thu nhập của quý vị. Để biết thêm thông tin và để đăng ký, quý vị nên gặp một trong những chuyên gia về điều kiện của chúng tôi?			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. CÂU HỎI BỔ SUNG (Trả lời giúp bệnh nhân hoặc, nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng trả lời giúp người giám hộ hợp pháp.)				
THU NHẬP HẰNG NĂM HOẶC HẰNG THÁNG	Tổng thu nhập hằng năm của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu?	\$	Tổng thu nhập hằng năm của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu?	\$
TỔNG SỐ NGƯỜI TRONG HỘ GIA ĐÌNH	Số lượng thành viên gia đình được báo cáo trên tờ khai thuế thu nhập liên bang:			
QUÝ VỊ CÓ SỐNG VÔ GIA CƯ HAY Ở TRONG CHỖ TRÚ TẠM KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Không vô gia cư	<input type="checkbox"/> Chia sẻ chỗ ở với người khác	<input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Nhà ở được hỗ trợ vĩnh viễn
	<input type="checkbox"/> Nhà ở xã hội	<input type="checkbox"/> Chỗ trú tạm	<input type="checkbox"/> Chỗ trú tạm	<input type="checkbox"/> Chuyển tiếp
TÌNH TRẠNG CÔNG VIỆC THỜI VỤ/CHO NGƯỜI NHẬP CƯ	Vào bất kỳ thời điểm nào trong hai năm qua, công việc dành cho người nhập cư theo thời vụ hoặc ở trang trại có phải là nguồn thu nhập chính của quý vị hoặc gia đình quý vị không?		<input type="checkbox"/> Không làm công việc ở trang trại	<input type="checkbox"/> Có, làm công việc ở trang trại dành cho người nhập cư
			<input type="checkbox"/> Có, làm công việc ở trang trại theo thời vụ	
NHỜ ĐẦU QUÝ VỊ BIẾT ĐẾN NEIGHBORCARE HEALTH? (Đánh dấu tất cả các mục áp dụng)	<input type="checkbox"/> Bạn bè hoặc gia đình	<input type="checkbox"/> Bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Trường học	
	<input type="checkbox"/> Nhà cung cấp khác không phải Neighborcare	<input type="checkbox"/> Vị trí thuận tiện/gần nhà		
	<input type="checkbox"/> Chương trình hoặc nhóm cộng đồng khác	<input type="checkbox"/> Mạng xã hội (Facebook, Twitter, Instagram)		
	<input type="checkbox"/> Quảng cáo (biển quảng cáo, xe buýt, báo)	<input type="checkbox"/> Trường học	<input type="checkbox"/> Khác	
5. THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ				
Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được Thông báo về Quy tắc Quyền Riêng tư của CHC. Tôi hiểu rằng CHC of Snohomish County có thể liên hệ với tôi để nhắc về cuộc hẹn, thông báo kết quả xét nghiệm, các lựa chọn điều trị hoặc các quyền lợi và dịch vụ khác liên quan đến sức khỏe qua điện thoại, tin nhắn văn bản, e-mail hoặc thư thoại.			Chữ ký tắt	
6. CHỮ KÝ XÁC NHẬN ĐỒNG Ý VÀ CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN				
<p>XÁC NHẬN THÔNG TIN VÀ ĐỒNG Ý VỚI VIỆC CHĂM SÓC: Tôi xác nhận rằng thông tin đăng ký mà tôi đã báo cáo cho CHC hiện tại là chính xác và tôi hiểu rằng mọi hành vi cố ý cung cấp thông tin không đúng sự thật có thể khiến tôi phải chịu trách nhiệm chi trả toàn bộ chi phí cho những dịch vụ được cung cấp. Tôi cho phép nhân viên y tế, sức khỏe tâm thần và nha khoa sử dụng các phương pháp điều trị và các liệu pháp đã được áp dụng rộng rãi, được coi là cần thiết về mặt y tế và chuyên môn hoặc được khuyến nghị trong việc chẩn đoán và điều trị (các) vấn đề sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc y tế có thể do Bác sĩ, Chuyên viên điều dưỡng, Phụ tá bác sĩ hoặc nhân viên được cấp phép khác cung cấp. Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần có thể do Nhân viên xã hội được cấp phép, Chuyên gia tư vấn về sức khỏe tâm thần được cấp phép hoặc nhân viên được cấp phép khác cung cấp. Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc răng miệng có thể do Nha sĩ, Chuyên gia vệ sinh răng, Sinh viên nha khoa hoặc vệ sinh răng được cấp phép hoặc tình nguyện viên được đào tạo theo Đạo luật Thực hành Nha khoa của Tiểu bang Washington cung cấp. Sự cho phép này sẽ duy trì hiệu lực trừ phi sự đồng ý bị hủy qua thông báo bằng văn bản gửi cho Giám đốc Y tế/Cán bộ Nha khoa. Việc chỉ định và tiết lộ thông tin cho phép CHC tiết lộ cho công ty bảo hiểm, CMS hoặc DSHS của tôi bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định quyền lợi phải trả cho các dịch vụ liên quan. Tôi ủy quyền cho bất kỳ hãng bảo hiểm nào mà tôi có hợp đồng bảo hiểm với họ thanh toán trực tiếp mọi quyền lợi của mọi hợp đồng bảo hiểm cho những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã cung cấp dịch vụ cho tôi. Tôi đồng ý thanh toán đầy đủ tất cả các khoản phí mà bảo hiểm được chỉ định không thanh toán đầy đủ.</p>				
KÝ TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN		NGÀY	
			/ /	

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC

CHẤP THUẬN DỊCH VỤ Y TẾ



Các trung tâm y tế tại trường học (SBHC) của CHC nằm trong khu học chánh Edmonds. CHC phải có mẫu chấp thuận có chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp trước khi cung cấp dịch vụ, trừ trường hợp luật liên bang hoặc tiểu bang cho phép học sinh tiếp cận dịch vụ điều trị mà không có sự đồng ý của phụ huynh/người giám hộ. Học sinh không cần phải đăng ký tại trung tâm y tế để nhận các dịch vụ từ y tá của trường.

Tôi yêu cầu và cho phép: (Điền tên học sinh (viết hoa) vào bên dưới.)

Tên	Tên đệm	Họ	Ngày sinh / /
-----	---------	----	------------------

nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có sẵn và được cho là cần thiết từ nhân viên của CHC tại SBHC. Các dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở: tư vấn sức khỏe tâm thần, khám sức khỏe định kỳ, thuốc chữa bệnh tự nhiên, khám sức khỏe cho mục đích thể thao, chăm sóc sức khỏe trẻ em hoặc thanh thiếu niên, đánh giá và điều trị bệnh cấp tính và chấn thương, chủng ngừa, xét nghiệm máu, xét nghiệm hình ảnh, chụp X-quang, dịch vụ điều trị nha khoa và điều trị bằng florua. Nhân viên SBHC khuyến khích gia đình tham gia vào hoạt động chăm sóc mà họ cung cấp cho học sinh. Tuy nhiên, nếu tôi không thể có mặt, tôi cho phép con tôi sử dụng dịch vụ khi tôi vắng mặt. Việc chăm sóc này có thể thực hiện trực tiếp hoặc từ xa qua điện thoại hoặc thăm khám từ xa. Tôi cũng đồng ý cho giới thiệu dịch vụ chăm sóc và nếu cần, vận chuyển cấp cứu đến các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện, phòng khám hoặc cơ quan chăm sóc sức khỏe nếu nhân viên của CHC tại SBHC cho là cần thiết. Sự cho phép này không cho phép thực hiện các dịch vụ khi chưa có sự đồng ý của học sinh, trừ phi học sinh không có khả năng đưa ra quyết định đồng ý. CHC cam kết tạo ra ngôi nhà chăm sóc sức khỏe bao gồm chăm sóc sức khỏe y tế, nha khoa và tâm thần. CHC cũng khuyến khích mối quan hệ lâu dài giữa bệnh nhân và nhà cung cấp. CHC hợp tác với các nhà cung cấp dịch vụ khác trong cộng đồng, những người này cũng có thể đang khám bệnh cho những bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ để đảm bảo việc chăm sóc được điều phối.

Theo luật tiểu bang và/hoặc liên bang, khi được đồng ý cho phép cung cấp dịch vụ chăm sóc, thông tin chăm sóc sức khỏe sẽ được giữ bí mật. Có một số trường hợp ngoại lệ; ví dụ:

1. Bệnh nhân hoặc phụ huynh/người giám hộ cho phép thông qua mẫu cho phép tiết lộ thông tin có chữ ký.
2. Bệnh nhân cho biết nguy cơ sắp xảy ra tổn hại cho bản thân hoặc người khác.
3. Bệnh nhân có vấn đề sức khỏe nguy hiểm đến tính mạng và dưới 18 tuổi.
4. Có lý do để nghi ngờ việc lạm dụng hoặc bỏ bê.
5. Một số bệnh truyền nhiễm cụ thể phải được báo cáo cho cơ quan y tế cộng đồng.

Đồng ý chia sẻ thông tin cần thiết với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại SBHC, bao gồm việc trao đổi thông tin giữa chuyên viên trị liệu sức khỏe tâm thần, chuyên viên điều dưỡng tá hoặc phụ tá bác sĩ và y tá của trường, nhằm mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho học sinh có tên ở trên. Để tạo điều kiện cho việc điều phối chăm sóc, nhân viên CHC tại SBHC sẽ có thể truy cập hồ sơ y tế SBHC của học sinh. Đồng ý để y tá của trường cho học sinh sử dụng các loại thuốc không cần toa thuốc (ví dụ: Ibuprofen, Tylenol, Tums, v.v.) do nhà cung cấp dịch vụ y tế của SBHC chỉ định.

Học sinh cũng có thể nhận được các dịch vụ y tế một cách độc lập tại bất kỳ phòng khám y tế hoặc nha khoa nào của CHC. Với sự đồng ý này, học sinh có thể sử dụng dịch vụ tại bất kỳ phòng khám y tế và nha khoa nào của CHC of Snohomish County. Để xem danh sách các địa điểm phòng khám, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại chcsno.org. Để đặt lịch hẹn, hãy gọi CHC theo số 425-789-3789

Đồng ý cho phép CHC cung cấp các dịch vụ trong khoảng thời gian học sinh đăng ký ở trường có SBHC của CHC hoặc trong khoảng thời gian các dịch vụ được cung cấp tại một phòng khám khác của CHC. Có thể rút lại sự đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho SBHC.

Chữ ký của học sinh: (<i>Bắt buộc đối với học sinh từ 13 tuổi trở lên</i>)	Ngày: / /
Chữ ký phụ huynh/người giám hộ:	Ngày: / /
Tên (viết hoa) của người giám hộ chịu trách nhiệm pháp lý:	Mối quan hệ:

THÔNG TIN BỔ SUNG QUAN TRỌNG VỀ SỰ ĐỒNG Ý CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Theo luật của Bang Washington, SBHC sẽ cung cấp và hỗ trợ học sinh tiếp cận dịch vụ chăm sóc bên ngoài nếu cần. Theo luật của Bang Washington, thanh thiếu niên có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản một cách độc lập ở mọi lứa tuổi mà không cần sự đồng ý của phụ huynh/người giám hộ. Thanh thiếu niên (từ 13 tuổi trở lên) có thể nhận các dịch vụ về ma túy và rượu bia, cũng như dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần một cách độc lập mà không cần sự đồng ý của phụ huynh/người giám hộ. SBHC khuyến khích học sinh để phụ huynh hoặc người giám hộ của mình tham gia vào các quyết định chăm sóc sức khỏe bất cứ khi nào có thể. Khi áp dụng, SBHC sẽ hỗ trợ học sinh thảo luận về những tình huống này với phụ huynh/người giám hộ.

Vì thanh thiếu niên có thể đồng ý nhận điều trị nên luật yêu cầu phải có sự đồng ý của học sinh đối với việc tiết lộ thông tin về việc mang thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm cả xét nghiệm HIV/AIDS). Luật yêu cầu phải có sự đồng ý của học sinh từ 13 tuổi trở lên (và sự đồng ý của phụ huynh/người giám hộ đối với học sinh từ 12 tuổi trở xuống) để tiết lộ thông tin về việc tư vấn liên quan đến rượu bia và ma túy hoặc sức khỏe tâm thần. Để biết thêm thông tin về sự đồng ý của trẻ vị thành niên, hãy truy cập: www.washingtonlawhelp.org và tìm kiếm "Minor Consent" (Sự đồng ý của trẻ vị thành niên).

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC

ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ NHA KHOA

BẮT BUỘC ĐĂNG KÝ VỚI TRUNG TÂM Y TẾ
 Vui lòng hoàn thành và gửi lại tất cả các mẫu cần thiết để Đăng ký với Trung tâm Y tế



TRƯỜNG:	SỐ PHÒNG HỌC:	MRN: (Dành cho bộ phận hành chính)
KÍNH GỬI PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ! Chúng tôi cung cấp dịch vụ nha khoa trong trường học của con quý vị nhằm cung cấp thông tin cho quý vị về sức khỏe răng miệng của con. Quý vị không phải chi trả cho những dịch vụ này. Nếu quý vị đồng ý để chúng tôi điều trị cho con quý vị: <ul style="list-style-type: none"> Các dịch vụ nha khoa sẽ tiếp tục khi học sinh trở lại học trực tiếp. Chúng tôi sẽ sẵn lòng cung cấp cho quý vị thông tin để đặt lịch hẹn khám răng, hoặc nếu quý vị cần một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa, chúng tôi sẽ giúp quý vị đặt lịch hẹn. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao kết quả của con quý vị. Thông tin này có thể được chia sẻ với trường học của con quý vị. Chúng tôi có thể để lại lời nhắn trên điện thoại của quý vị nếu cần liên hệ với quý vị về nhu cầu nha khoa của con quý vị. 		NHỮNG DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ CHÚNG TÔI CUNG CẤP: <ul style="list-style-type: none"> KHÁM TOÀN DIỆN KIỂM TRA ĐỊNH KỲ KHÁM KHẨN CẤP VÀ HẠN CHẾ VỆ SINH RĂNG MIỆNG (PROPHY) TRÁM RĂNG ĐIỀU TRỊ BẰNG FLORUA CHỤP X-QUANG

Phụ huynh hoặc người giám hộ, vui lòng điền thông tin vào bên dưới và ký tên vào phần cuối của mẫu.

TÊN HỌC SINH:

TÊN	TÊN ĐỆM	HỌ	NGÀY SINH / /
-----	---------	----	------------------

GIỚI TÍNH CỦA HỌC SINH: Nam Nữ X

TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:

TÊN	TÊN ĐỆM	HỌ	NGÀY SINH / /
-----	---------	----	------------------

ĐỊA CHỈ: THÀNH PHỐ: MÃ ZIP:

ĐIỆN THOẠI: Đồng ý cho chụp X-quang răng khi cần Không Có

Quý vị có muốn được liên lạc bằng một ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh không? Không Có Nếu có, quý vị muốn ngôn ngữ nào?

Quý vị muốn nhận kết quả đánh giá nha khoa của con mình theo cách nào?
 Vui lòng đưa kết quả cho con tôi ở trường để con mang về nhà.
 Vui lòng gửi kết quả đến địa chỉ được cung cấp ở trên.

Lần cuối con quý vị được khám răng là khi nào?
 Cách đây chưa đầy 6 tháng Cách đây chưa đầy 2 năm
 Cách đây chưa đầy 1 năm Hơn 2 năm
 Chưa bao giờ

Con quý vị có được khám răng định kỳ không? Không Có Nếu có thì ở đâu?

Quý vị có cần giúp tìm nha sĩ cho con mình không? Không Có

Quý vị không phải trả tiền cho chương trình này, nhưng công ty bảo hiểm nha khoa của quý vị có thể được gửi hóa đơn cho các dịch vụ. Vui lòng điền vào mục bảo hiểm của mẫu này để đảm bảo chúng tôi có thông tin mới nhất. Các chương trình bảo hiểm công thường bao trả toàn bộ chi phí dịch vụ. Nếu bất kỳ chi phí nào không được bảo hiểm chi trả, chúng sẽ được chương trình trợ cấp chi trả. Sẽ không có bất kỳ học sinh hoặc gia đình nào tham gia chương trình phải trả bất kỳ khoản phí nào.

VUI LÒNG CUNG CẤP THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM APPLE HEALTH CỦA QUÝ VỊ HOẶC BẢO HIỂM NHA KHÁC Ở BÊN DƯỚI:

TÊN BẢO HIỂM NHA KHOA:	
TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ:	
MỐI QUAN HỆ:	NGÀY SINH CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ: / /

KHI KÝ VÀO MẪU NÀY, NGHĨA LÀ QUÝ VỊ ĐỒNG Ý CHO PHÉP ĐIỀU TRỊ RĂNG

CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ	NGÀY
---	------

Thông báo về Quy tắc Quyền Riêng tư

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 23 tháng 5 năm 2013

Chúng tôi duy trì các giao thức để đảm bảo an toàn và bảo mật thông tin cá nhân của quý vị. Chúng tôi có biện pháp bảo mật vật lý trong tòa nhà của mình, mật khẩu để bảo vệ cơ sở dữ liệu, quy trình kiểm tra tuân thủ và phần mềm phát hiện vi-rút/hoạt động xâm nhập. Trong phạm vi hoạt động của chúng tôi, quyền truy cập vào thông tin của quý vị chỉ giới hạn ở những người cần thông tin này để thực hiện công việc của họ.

Community Health Center of Snohomish County cam kết điều trị và sử dụng thông tin y tế được bảo vệ về quý vị một cách có trách nhiệm. Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư này mô tả thông tin cá nhân chúng tôi thu thập, cách thức và thời điểm chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin đó. Thông báo này cũng mô tả các quyền của quý vị liên quan đến thông tin y tế được bảo vệ của quý vị. Thông báo này có hiệu lực từ ngày 23 tháng 5 năm 2013 và áp dụng cho tất cả thông tin y tế được bảo vệ theo quy định của liên bang.

Thông báo này mô tả cách thông tin y tế về quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ, cũng như cách quý vị có thể tiếp cận thông tin này. Vui lòng xem xét kỹ.

Lời hứa của chúng tôi với quý vị, bệnh nhân của chúng tôi: *Thông tin của quý vị có ý nghĩa quan trọng và được giữ bí mật. Đạo đức và chính sách của chúng tôi yêu cầu giữ bí mật tuyệt đối thông tin của quý vị.*

Pháp luật yêu cầu chúng tôi phải bảo vệ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng được yêu cầu cung cấp cho quý vị Thông báo về Quy tắc Quyền riêng tư này, nghĩa vụ pháp lý của chúng tôi và các quyền của quý vị liên quan đến thông tin y tế của quý vị (“Thông tin Y tế được Bảo vệ” hay “PHI”). Chúng tôi phải tuân thủ các Quy tắc Quyền riêng tư được mô tả trong Thông báo này (thỉnh thoảng có thể được sửa đổi).

Để biết thêm thông tin về Quy tắc Quyền riêng tư của chúng tôi, hoặc để yêu cầu cung cấp thêm bản sao của Thông báo này, vui lòng liên hệ với chúng tôi sử dụng thông tin được cung cấp ở cuối Thông báo này.

Quyền Nhận Thông báo: Quý vị có quyền nhận được bản sao in ra giấy của Thông báo này bằng cách gửi yêu cầu cho Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208 bất cứ lúc nào.

Quyền Nhận Thông báo về Vi phạm: Chúng tôi cần phải thông báo cho quý vị nếu chúng tôi phát hiện ra việc vi phạm PHI không được bảo mật của quý vị, theo yêu cầu của luật liên bang.

Thắc mắc hoặc Khiếu nại: Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về quyền riêng tư của mình, hoặc lo ngại rằng chúng tôi đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị, quý vị có thể liên hệ với đường dây về Quyền riêng tư của Văn phòng Tuân thủ theo số 425- 789- 3774. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại bằng văn bản cho Giám đốc, Văn phòng Nhân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ. Chúng tôi sẽ không trả thù quý vị nếu quý vị nộp đơn khiếu nại cho Giám đốc hoặc văn phòng của chúng tôi. Nếu tin rằng quyền riêng tư của mình bị vi phạm, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho văn phòng của chúng tôi hoặc Văn phòng Nhân quyền thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (OCR). Sẽ không có sự trả thù cho việc nộp đơn khiếu nại lên văn phòng của chúng tôi hoặc OCR. Địa chỉ của văn phòng OCR tại địa phương ở Washington như sau:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

Thay đổi đối với Thông báo này: Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của Thông báo này bất cứ lúc nào. Nếu thay đổi Thông báo này, chúng tôi có thể áp dụng các điều khoản trong Thông báo mới cho tất cả PHI chúng tôi nắm giữ, bao gồm mọi thông tin được tạo hoặc nhận trước khi ban hành Thông báo mới. Nếu thay đổi Thông báo này, chúng tôi sẽ đăng Thông báo sửa đổi trong khu vực chờ tại văn phòng chúng tôi và trên trang web của chúng tôi tại www.chcsno.org. Quý vị cũng có thể yêu cầu cung cấp bất kỳ Thông báo sửa đổi nào bằng cách liên hệ với Community Health Center of Snohomish County qua đường bưu điện theo địa chỉ 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.