

ШКІЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР

ФОРМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ



Заповніть цю форму, щоб допомогти нам забезпечити Вашій дитині якісне обслуговування. Вашу дитину запросять до медичного центру для проходження медичного обстеження, під час якого буде виміряно її вагу, зріст, артеріальний тиск, перевірено історію щеплень, а також проведено оцінювання ризиків для здоров'я. Співробітники медичного центру зв'яжуться з Вами з приводу будь-яких рекомендацій щодо підтримки здоров'я та готовності Вашої дитини до навчання. Перед уведенням будь-яких вакцин потрібна додаткова згода батьків / опікунів. Зв'яжіться з медичним центром, якщо у Вашої дитини виникли проблеми зі здоров'ям і їй необхідна консультація.

УЧЕнь	Ім'я	Прізвище	Дата народження / /
	Ім'я особи, що заповнює форму, друкованими літерами	Ким є учневі (якщо заповнює не сам учень)	Дата заповнення форми / /
	Найкращий номер телефону для зв'язку з Вами	Найкращий час для дзвінка	

ПИТАННЯ ПРО ВАШУ ДИТИНУ

Так Ні Чи є у Вашої дитини основний лікар або клініка?
Ім'я постачальника послуг: _____ Клініка: _____ Телефон: _____

Так Ні Чи проходила Ваша дитина профілактичний медичний огляд або повне обстеження протягом останнього року?

Так Ні Чи відвідувала Ваша дитина стоматолога протягом останнього року?

Так Ні Чи має Ваша дитина алергію на ліки чи щось інше?
(Опишіть.)

Так Ні Чи приймає Ваша дитина які-небудь ліки? (Впишіть також вітаміни та безрецептурні препарати.)

Препарат	Дозування	Причина застосування

Так Ні Чи є у Вашої дитини поточні проблеми зі здоров'ям або актуальні причини для занепокоєння?
(Опишіть.)

Так Ні Чи перебувала Ваша дитина коли-небудь у лікарні або чи робили їй хірургічну операцію?
(Опишіть.)

Так Ні Чи є у Вашої дитини які-небудь потреби чи проблеми щодо школи / навчання?
 Проблеми з відвідуванням Погані оцінки або погіршення оцінок Спеціальна освіта Інше

Так Ні Чи є у Вас інші побоювання щодо благополуччя Вашої дитини? (Наприклад: занадто багато хвилювань, стрес, депресія, тривога тощо.)
(Опишіть.)

ПИТАННЯ ПРО ВАШУ РОДИНУ

Хто живе у Вашому домі?
Якщо Ваша дитина проживає ще і в іншому місці, то хто там живе?

Так Ні Чи були у Вашій родині якісь серйозні зміни або проблеми впродовж останнього року?
Якщо так, опишіть: _____

Так Ні Чи палить хтось із осіб, які проживають з Вашою дитиною, сигарети, сигари, електронні сигарети або марихуану?

Так Ні Чи турбує Вас, що Вашій родині не вистачить їжі або грошей?

Так Ні Чи є у Вашому домі зброя? Якщо так, то чи замкнено її? Так Ні

Так Ні Чи є Ваша дитина прийомною?

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ РОДИНИ (Поставте позначки у відповідних клітинках.)

Родинний зв'язок	Немає відомих проблем	Зловживання алкоголем / наркотиками	Артрит	Астма	Рак	Проблеми із серцем	Депресія	Діабет	Високий рівень холестерину	Гіпертензія	Хвороби нирок	Психічні захворювання	Інсульт	Проблеми із зором
Матір														
Батько														
Інший член родини:														
Інший член родини:														

Чи були в родині інші гострі або хронічні хвороби?

РЕЄСТРАЦІЙНА ФОРМА ПАЦІЄНТА



Заповніть цю форму повністю, щоб допомогти нам забезпечити Вашій дитині якісне обслуговування. Ця згода залишатиметься дійсною з року в рік. Щоб відкликати згоду на послуги, подайте відповідний запит у письмовій формі. У зв'язку з некомерційним статусом і джерелом фінансування Центру громадської охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County, CHC) ми повинні ставити ці запитання для реєстрації (виділені сірим кольором). Ви маєте право відмовитися відповідати на будь-яке з цих запитань. Надану Вами інформацію не буде передано чи використано для будь-яких цілей, крім збору загальних демографічних даних для кращого обслуговування нашої спільноти.

Заповніть розділи 1–6.

1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО УЧНЯ ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ					
ПРИЗВИЩЕ		ІМ'Я		ДРУГЕ ІМ'Я	ПОПЕРЕДНЄ ПРИЗВИЩЕ
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР УЧНЯ		ДАТА НАРОДЖЕННЯ / / МІСЯЦЬ ДЕНЬ РІК		СТАТЬ ПІД ЧАС НАРОДЖЕННЯ <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча	ПОПЕРЕДНЄ ПРИЗВИЩЕ <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча <input type="checkbox"/> Небінарна особа
ПОШТОВА АДРЕСА		КВАРТИРА	ДОДАТКОВА АДРЕСА (якщо відрізняється)		КВАРТИРА
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ТЕЛЕФОН БАТЬКА (МАТЕРІ) _ _ _ - _ _ _ - _ _ _		<input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий	ТЕЛЕФОН УЧНЯ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _		<input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий
АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ БАТЬКА (МАТЕРІ)			АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ УЧНЯ		
БАЖАНИЙ СПОСІБ СПОВІЩЕННЯ ПРО ПРИЙОМ (виберіть один) ДЛЯ БАТЬКІВ <input type="checkbox"/> Текстове повідомлення <input type="checkbox"/> Телефонний виклик			БАЖАНИЙ СПОСІБ СПОВІЩЕННЯ ПРО ПРИЙОМ (виберіть один) ДЛЯ БАТЬКІВ <input type="checkbox"/> Текстове повідомлення <input type="checkbox"/> Телефонний виклик		
ГЕНДЕРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ	<input type="checkbox"/> Жінка <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Не визначено	<input type="checkbox"/> Трансгендерна жінка <input type="checkbox"/> Трансгендерний чоловік <input type="checkbox"/> Небінарна особа / гендерквір	<input type="checkbox"/> Інше: _____ <input type="checkbox"/> Не бажаю розголошувати		
СЕСУАЛЬНА ОРІЄНТАЦІЯ	<input type="checkbox"/> Гетеросексуальна <input type="checkbox"/> Гей	<input type="checkbox"/> Лесбійка <input type="checkbox"/> Квір	<input type="checkbox"/> Бісексуальна <input type="checkbox"/> Пансексуальна	<input type="checkbox"/> Інше _____ <input type="checkbox"/> Не бажаю розголошувати	
БАЖАНІ ЗАЙМЕННИКИ	<input type="checkbox"/> Вона, її <input type="checkbox"/> Він, його	<input type="checkbox"/> Вони, їх, їхній <input type="checkbox"/> Інше:	<input type="checkbox"/> Не бажаю розголошувати		
ЧИ МАЄТЕ ВИ ІСПАНСЬКЕ АБО ЛАТИНОАМЕРИКАНСЬКЕ ПОХОДЖЕННЯ?	<input type="checkbox"/> Так, іспанського або латиноамериканського походження	<input type="checkbox"/> Не іспанського або латиноамериканського походження	<input type="checkbox"/> Не бажаю розголошувати		
ДО ЯКОЇ РАСИ ВИ НАЛЕЖИТЕ АБО ЯКЕ МАЄТЕ СІМЕЙНЕ ПОХОДЖЕННЯ?	<input type="checkbox"/> Американські індіанці / корінні жителі Аляски <input type="checkbox"/> Корінні гавайці <input type="checkbox"/> Більш ніж одна раса	<input type="checkbox"/> Азіати <input type="checkbox"/> Інші мешканці тихоокеанських островів <input type="checkbox"/> Відмовляюся назвати	<input type="checkbox"/> Темношкірі / афроамериканці <input type="checkbox"/> Білі		
ЧИ Є ВИ ВЕТЕРАНОМ США?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні				
ЯКИЙ ВАШ СТАТУС ЗАЙНЯТОСТІ?	<input type="checkbox"/> Повний робочий день <input type="checkbox"/> Неповний робочий день <input type="checkbox"/> Сезонна робота	<input type="checkbox"/> Дитина <input type="checkbox"/> Безробітний (-а) <input type="checkbox"/> Дійсна військова служба	<input type="checkbox"/> Самозайнятість <input type="checkbox"/> На пенсії <input type="checkbox"/> Студент		
ЯКА МОВА ДЛЯ ВАС Є БАЖАНОЮ В ПИСЬМОВОМУ СПІЛКУВАННІ?			ЧИ ПОТРІБЕН ВАМ ПЕРЕКЛАДАЧ?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
2. БАТЬКИ/ОПІКУНИ (ЯКЩО ПАЦІЄНТУ МЕНШЕ 18 РОКІВ)					
ПРИЗВИЩЕ ОДНОГО З БАТЬКІВ / ОПІКУНА		ІМ'Я ОДНОГО З БАТЬКІВ / ОПІКУНА		ДАТА НАРОДЖЕННЯ / /	СТАТЬ <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча
ПОШТОВА АДРЕСА		КВАРТИРА	КИМ Є ПАЦІЄНТУ <input type="checkbox"/> Батько / мати <input type="checkbox"/> Опікун <input type="checkbox"/> Інше		
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	ТЕЛЕФОН <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий _ _ _ - _ _ _ - _ _ _		

ШКІЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР

РЕЄСТРАЦІЙНА ФОРМА ПАЦІЄНТА



Продовження форми — на зворотному боці.

3. СТРАХОВКА				
ЧИ МАЄТЕ ВИ СТРАХОВКУ?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
ВНЕСІТЬ ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТРАХОВЕ ПОКРИТТЯ	НАЗВА СТРАХОВКИ	ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ		
	НОМЕР КОЛЕКТИВНОГО ПЛАНУ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР УЧАСНИКА		
	ІМ'Я ПЕРЕДПЛАТНИКА / ВЛАСНИКА ПОЛІСУ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ ПЕРЕДПЛАТНИКА		
ЧИ ЗАЦІКАВЛЕНІ ВИ В НАШІЙ ПРОГРАМІ ЗНИЖКИ ЗА ГНУЧКИМ ТАРИФОМ?	Ми пропонуємо знижку за гнучким тарифом, якщо у Вас немає медичної страховки або Вам потрібна допомога в оплаті витрат, яких не покриває медична страховка. Право на участь у програмі та мінімальний розмір оплати залежать від розміру й доходу Вашої родини. Чи хотіли б Ви зустрітись з одним із наших фахівців із питань відповідності вимогам участі, щоб отримати додаткову інформацію та подати заяву?			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
4. ДОДАТКОВІ ЗАПИТАННЯ (Відповідайте від імені пацієнта або, якщо пацієнт неповнолітній, від імені законного опікуна.)				
РІЧНИЙ АБО МІСЯЧНИЙ ДОХІД	Яким є річний (за один рік) дохід Вашої родини до відрахування податків?	\$	Яким є річний (за один рік) дохід Вашої родини до відрахування податків?	\$
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ РАЗОМ	Кількість членів родини, зазначена у федеральній декларації про доходи:			
ЧИ Є ВИ БЕЗДОМНИМ АБО ПЕРЕБУВАЄТЕ В ТИМЧАСОВОМУ ПРИТУЛКУ?	<input type="checkbox"/> Не бездомний <input type="checkbox"/> Проживання разом з іншими родичами <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Постійне житло, що субсидується <input type="checkbox"/> Соціальне житло <input type="checkbox"/> Притулок <input type="checkbox"/> Перехідне житло			
СТАТУС ЩОДО ВИЇЗНОЇ / СЕЗОННОЇ РОБОТИ	Чи був за останні два роки період, коли сезонна або виїзна робота на фермі була основним джерелом доходу для Вас або Вашої родини?		<input type="checkbox"/> Не було фермерської роботи <input type="checkbox"/> Так, виїзна фермерська робота <input type="checkbox"/> Так, сезонна фермерська робота	
ЯК ВИ ДІЗНАЛИСЯ ПРО NEIGHBORCARE HEALTH? (Поставте всі відповідні позначки)	<input type="checkbox"/> Від друзів чи родичів <input type="checkbox"/> Страховка <input type="checkbox"/> Школа <input type="checkbox"/> Інший постачальник медичних послуг (що не має відношення до Neighborcare) <input type="checkbox"/> Зручне розташування / близько до дому <input type="checkbox"/> Інша громадська група чи програма <input type="checkbox"/> Соціальні мережі (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Реклама (на рекламному щиті, в автобусі, газеті) <input type="checkbox"/> Школа <input type="checkbox"/> Інше			
5. ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ				
Цим я підтверджую, що отримав (-ла) повідомлення СНС про правила конфіденційності. Я розумію, що СНС округу Снохоміш може зв'язатися зі мною з приводу нагадувань про прийом, результатів аналізів, варіантів лікування чи інших медичних пілг і послуг за допомогою телефонного виклику, текстового повідомлення, електронної чи голосової пошти.			Ініціали	
6. ПІДПИСАННЯ ДОЗВОЛУ Й ВІДМОВИ ВІД ПРЕТЕНЗІЙ				
<p>ПІДТВЕРДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ЗГОДА НА ОБСЛУГОВУВАННЯ. Я підтверджую, що інформація для реєстрації, яку я повідомив (-ла) СНС, наразі є правильною, і я розумію, що будь-яке навмисне спотворення інформації може призвести до того, що я нестиму відповідальність за повну оплату наданих послуг. Я дозволяю медичному, психіатричному та стоматологічному персоналу використовувати такі встановлені методи лікування й терапії, які з професійної та медичної точки зору вважаються необхідними або доцільними для діагностики й лікування моєї проблеми (проблем) зі здоров'ям. Я розумію, що медична допомога може бути надана лікарем, медсестрою-практиком, помічником лікаря чи іншим сертифікованим персоналом. Я розумію, що психіатрична допомога може бути надана сертифікованим соціальним працівником, сертифікованим консультантом із психічного здоров'я чи іншим сертифікованим персоналом. Я розумію, що стоматологічна допомога може бути надана сертифікованими стоматологами, стоматологами-гігієністами, студентами-стоматологами та студентами-гігієністами чи волонтерами, що пройшли навчання, відповідно до Закону штату Вашингтон про стоматологічну практику. Цей дозвіл залишається чинним, якщо згоду не буде скасовано шляхом надання письмового повідомлення начальнику медичної / стоматологічної служби. Ці дозвіл і відмова від претензій уповноважують СНС надавати мій страховій компанії, Центрам послуг Medicare і Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) чи Департаменту охорони здоров'я штату (Department of State Health Services, DSHS) будь-яку інформацію, необхідну для визначення виплат за відповідні послуги. Цим я дозволяю будь-якій страховій компанії, поліс якої я маю, безпосередньо здійснювати будь-які виплати за будь-яким страховим полісом тим постачальникам медичних послуг, які надали мені послуги. Я погоджуюся повністю сплачувати всі витрати, які не будуть повністю сплачені призначеною страховкою.</p>				
ПІДПИС	КИМ Є ПАЦІЄНТУ		ДАТА	
			/ /	

ШКІЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР

ЗГОДА НА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ



Шкільні медичні центри СНС розташовані в шкільному окрузі Едмондс. СНС має отримати підписану згоду від батьків або законних опікунів перед наданням послуг, крім ситуацій, коли федеральні закони або закони штату дозволяють учневі отримати лікування без згоди батьків / опікунів. Учня не потрібно бути зареєстрованими в медичному центрі, щоб отримувати послуги шкільної медсестри.

Цим прошу й дозволяю, щоб: (Впишіть ім'я учня друківаними літерами нижче.)

Ім'я	Другий ініціал	Прізвище	Дата народження / /
------	----------------	----------	------------------------

отримував (-ла) медичні послуги, що надаються та визнані необхідними персоналом шкільного медичного центру (School-Based Health Center, SBHC) СНС. Ці послуги можуть включати, поміж інших: консультації з питань психічного здоров'я, регулярні медичні огляди, натуропатію, спортивні медогляди, профілактичне обслуговування дітей і підлітків, оцінювання та лікування гострих захворювань і травм, вакцинацію, аналізи крові, знімки, рентгенівські дослідження, стоматологічні послуги й лікування фтором. Співробітники SBHC заохочують участь родини в обслуговуванні учнів. Однак, якщо я не можу бути присутнім (-ьєю), я даю дозвіл на отримання послуг моєю дитиною за моєї відсутності. Обслуговування може бути надано як особисто, так і дистанційно в телефонному режимі або під час віртуального телемедичного прийому. Також надаю згоду на направлення на лікування та, за необхідності, екстрене транспортування до інших лікарів, медичних працівників, лікарень, клінік чи закладів охорони здоров'я, якщо співробітники СНС SBHC уважатимуть це доцільним. Цей дозвіл не поширюється на надання послуг без згоди учня, за винятком випадків, коли учень не в змозі дати згоду. СНС прагне створити центр охорони здоров'я, що включає медичне, стоматологічне та психіатричне обслуговування, і СНС заохочує довгострокові відносини між пацієнтами й постачальниками послуг. СНС співпрацює з іншими постачальниками послуг у спільноті, які також можуть оглядати пацієнтів, яких ми обслуговуємо, щоб забезпечити координацію обслуговування.

Відповідно до законодавства штату та/або федерального законодавства, після отримання згоди на обслуговування інформація про медичне обслуговування зберігається в таємниці. Існує кілька винятків, наприклад такі.

1. Дозвіл надано пацієнтом або батьками / опікунами шляхом підписання форми про надання інформації.
2. Пацієнт указує на ризик заподіяння неминучої шкоди собі чи іншим.
3. Пацієнт має загрозові для життя проблеми зі здоров'ям і не досяг 18-річного віку.
4. Є підстави підозрювати жорстоке поводження чи нехтування.
5. Про деякі інфекційні захворювання необхідно повідомляти органам охорони здоров'я.

Надаю згоду на надання необхідної інформації постачальникам медичних послуг у SBHC, включно з обміном інформацією між психіатром, медсестрою-практиком чи помічником лікаря та шкільною медсестрою, з метою забезпечення найкращого обслуговування вищезазваного учня. Для полегшення координації обслуговування медична карта учня у SBHC буде доступною співробітникам СНС у SBHC. Даю згоду на видачу учневі безрецептурних ліків шкільною медсестрою (наприклад, ібупрофену, тайленолу, тумсу тощо) за призначенням лікаря SBHC.

Учні можуть самостійно отримувати медичні послуги в будь-якій з медичних або стоматологічних клінік СНС. З цією згодою послуги можна отримати в будь-якій медичній та стоматологічній клініці СНС округу Снохоміш. Щоб переглянути список клінік, відвідайте наш вебсайт chcno.org. Щоб записатися на прийом, зателефонуйте до СНС за номером 425-789-3789.

Згода надається на послуги, що надаються СНС протягом усього часу, поки учень навчається в школі, де є SBHC СНС, або протягом усього часу, поки послуги надаються в іншій клініці СНС. Відкликати цю згоду можна в будь-який час, надіславши письмову заяву до SBHC.

Підпис учня: (Потрібний для дітей від 13 років)

Дата:
/ /

Підпис одного з батьків / опікуна:

Дата:
/ /

Ім'я юридично відповідального опікуна (друкованими літерами):

Ким є учневі:

ВАЖЛИВА ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗГОДУ НЕПОВНОЛІТНІХ

Згідно із законом штату Вашингтон, SBHC допомагатиме учням у доступі до зовнішнього медичного обслуговування та надаватиме такий доступ у разі потреби. Відповідно до закону штату Вашингтон, підлітки можуть самостійно отримувати послуги з охорони репродуктивного здоров'я в будь-якому віці без згоди батьків / опікунів. Підлітки (віком від 13 років) можуть самостійно отримувати послуги з лікування наркоманії та алкоголізму й консультації з психічного здоров'я без згоди батьків / опікунів. SBHC заохочує учнів залучати батьків або опікунів до прийняття рішень щодо медичного обслуговування, коли це можливо. У відповідних випадках SBHC допоможе учневі обговорити ці ситуації з батьками / опікунами.

Оскільки підлітки можуть дати згоду на лікування, їхня згода потрібна за законом для надання інформації про вагітність і захворювання, що передаються статевим шляхом (включно з тестуванням на ВІЛ/СНІД). Згода учнів віком від 13 років і згода батьків / опікунів для учнів віком 12 років і молодше, за законом, потрібна для надання інформації про консультації із психічного здоров'я чи вживання алкоголю та наркотиків. Для отримання додаткової інформації про згоду неповнолітніх завітайте на сайт www.washingtonlawhelp.org і знайдіть розділ «Згода неповнолітніх».

ЗГОДА НА СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ



ШКОЛА:		КЛАС №:	НОМЕР ІСТОРІЇ ХВОРОБИ: (Для адміністративного використання)	
<p>ШАНОВНІ БАТЬКИ АБО ОПІКУНИ!</p> <p>Ми пропонуємо стоматологічні послуги у школі Вашої дитини, щоб поінформувати Вас про здоров'я зубів Вашої дитини. Ці послуги не потребують від Вас оплати з власних коштів. Якщо Ви погодитесь на лікування своєї дитини:</p> <ul style="list-style-type: none"> стоматологічні послуги відновляться, коли учні повернуться на очне навчання; ми будемо раді надати Вам інформацію для запису на прийом до стоматолога або записати Вас на прийом, якщо вам потрібен лікар-стоматолог; ми надішлемо Вам копію результатів обстеження Вашої дитини. Цю інформацію може бути передано до школи Вашої дитини; ми можемо залишити повідомлення на Вашому телефоні, якщо нам знадобиться зв'язатися з Вами щодо стоматологічних потреб Вашої дитини. 			<p>ЯКЕ ЛІКУВАННЯ МИ ПРОПОНУЄМО</p> <ul style="list-style-type: none"> КОМПЛЕКСНІ ОБСТЕЖЕННЯ ПОВТОРНІ ОБСТЕЖЕННЯ ЕКСТРЕННІ ТА СКОРОЧЕНІ ОБСТЕЖЕННЯ ЧИЩЕННЯ ЗУБІВ (ПРОФЕСІЙНЕ) ПЛОМБУВАННЯ ФТОРУВАННЯ РЕНТГЕНІВСЬКІ ЗНІМКИ 	
Батьки або опікуни, заповніть запитану нижче інформацію та поставте підпис у нижній частині форми.				
ІМ'Я УЧНЯ				
ІМ'Я	ДРУГИЙ ІНІЦІАЛ	ПРИЗВИЩЕ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ / /	
СТАТЬ УЧНЯ: <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча <input type="checkbox"/> X				
ІМ'Я ОДНОГО З БАТЬКІВ / ОПІКУНІВ				
ІМ'Я	ДРУГИЙ ІНІЦІАЛ	ПРИЗВИЩЕ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ / /	
АДРЕСА:		МІСТО:	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС:	
ТЕЛЕФОН:		Погоджуюся на проведення рентгенівських досліджень за необхідності <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
Чи бажаєте Ви, щоб із Вами спілкувалися не англійською мовою?		<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Якщо так, то якою мовою?	
Як би Ви хотіли отримувати результати стоматологічного обстеження своєї дитини?		<input type="checkbox"/> Віддайте їх моїй дитині в школі, щоб вона забрала їх додому. <input type="checkbox"/> Надішліть їх поштою на адресу, указану вище.		
Коли ваша дитина востаннє відвідувала стоматолога?		<input type="checkbox"/> Менш ніж 6 місяців тому <input type="checkbox"/> Менш ніж 2 роки тому <input type="checkbox"/> Менш ніж 1 рік тому <input type="checkbox"/> Більш ніж 2 роки тому <input type="checkbox"/> Ніколи		
Чи є у Вашої дитини постійний стоматолог?		<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Якщо так, то де?	
Чи хотіли б Ви отримати допомогу в пошуку стоматолога для своєї дитини?		<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
Ця програма є безкоштовною для Вас, але Вашій компанії стоматологічного страхування може бути виставлений рахунок за послуги. Заповніть розділ цієї форми «Страховка», щоб ми мали найактуальнішу інформацію. Плани державного страхування зазвичай покривають усю вартість послуг. Якщо страховка не покриває витрат, їх буде покрито за рахунок грантів. Жоден учень чи родина, що бере участь у програмі, не сплачуватиме за послуги з власних коштів.				
УКАЖІТЬ НИЖЧЕ СВОЇ ДАНІ APPLE HEALTH АБО ІНШОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СТРАХОВКИ:				
НАЗВА СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СТРАХОВКИ:				
ІМ'Я ПЕРЕДПЛАТНИКА:				
КИМ Є УЧНЕВИ:		ДАТА НАРОДЖЕННЯ ПЕРЕДПЛАТНИКА:	/ /	
ПІДПISУЮЧИ ЦЮ ФОРМУ, ВИ ПОГОДЖУЄТЕСЯ НА СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ				
ПІДПIS ОДНОГО З БАТЬКІВ АБО ОПІКУНІВ		ДАТА		

Повідомлення про дотримання конфіденційності

Це повідомлення набуло чинності 23 травня 2013 року

Ми підтримуємо протоколи, які забезпечують безпеку та конфіденційність вашої особистої інформації. Ми використовуємо фізичну охорону будівлі школи, паролі для захисту баз даних, аудити відповідності вимогам і програмне забезпечення для виявлення вірусів / зломів. У межах наших процедур доступ до вашої інформації надається лише тим особам, яким вона потрібна для виконання їхньої роботи.

Community Health Center of Snohomish County зобов'язується відповідально ставитися до захищеної медичної інформації про Вас та використовувати її. У цьому повідомленні про політику конфіденційності описується персональна інформація, яку ми збираємо, а також те, як і коли ми використовуємо або розкриваємо цю інформацію. У ньому також описані Ваші права, пов'язані з Вашою захищеною медичною інформацією. Це повідомлення набрало чинності 23 травня 2013 року та поширюється на всю захищену медичну інформацію, як це визначено федеральними правилами.

У цьому повідомленні описано, як медична інформація про Вас може використовуватися та розкриватися та як Ви можете отримати доступ до цієї інформації. Прочитайте це повідомлення уважно.

Ми обіцяємо Вам, нашим пацієнтам: *Ваша інформація є важливою та конфіденційною. Наші етика й політика вимагають, щоб Ваша інформація зберігалася в суворій таємниці.*

За законом ми зобов'язані дотримуватися конфіденційності Вашої медичної інформації. Ми також зобов'язані надати Вам це повідомлення про дотримання конфіденційності, наші юридичні зобов'язання та Ваші права щодо Вашої медичної інформації («Захищена медична інформація», або «PHI»). Ми повинні дотримуватися правил конфіденційності, описаних у цьому повідомленні (які час від часу можуть змінюватися).

Щоб отримати додаткову інформацію про дотримання конфіденційності чи додаткові копії цього повідомлення, зв'яжіться з нами за допомогою інформації, наведеної в кінці цього повідомлення.

Право на отримання повідомлення: Ви маєте право отримати паперову копію цього повідомлення, у будь-який час надіславши запит на адресу: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Право на отримання повідомлення про порушення: Ми зобов'язані повідомити Вас, якщо виявимо порушення незахищеної PHI, відповідно до вимог федерального законодавства.

Запитання або скарги: Якщо Ви хочете отримати додаткову інформацію про свої права на конфіденційність або стурбовані тим, що ми порушили Ваші права на конфіденційність, Ви можете зв'язатися з нашим відділом забезпечення конфіденційності за телефоном 425-789-3774. Ви також можете подати письмову скаргу директору Управління з громадянських прав Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США. Ми не переслідуватимемо вас, якщо Ви подасте скаргу директору або в наш офіс. Якщо Ви вважаєте, що Ваші права на конфіденційність було порушено, Ви можете подати скаргу або в наш офіс, або в Управління з громадянських прав Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США (OCR). За подання скарги нам або в OCR Вас не переслідуватимуть. Адреса регіонального офісу OCR у Вашингтоні:

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

Зміни цього повідомлення: Ми можемо змінити умови цього повідомлення в будь-який час. Якщо ми змінимо це повідомлення, ми можемо зробити нові умови повідомлення дійсними для всієї PHI, яку ми зберігаємо, включно з будь-якою інформацією, створеною або отриманою до оприлюднення нового повідомлення. Якщо ми змінимо це повідомлення, ми розмістимо відредаговане повідомлення в зоні очікування нашого офісу та на нашому вебсайті www.chcspo.org. Ви також можете отримати будь-які змінені повідомлення, надіславши в Community Health Center of Snohomish County лист на адресу: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.