

ШКОЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АНКЕТА МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ



Заполните эту форму, чтобы помочь нам обеспечить вашему ребенку качественный уход. Ваш ребенок будет приглашен в медицинский центр для прохождения медицинского обследования, чтобы узнать его вес, рост, артериальное давление и сведения о вакцинации, а также пройти оценку факторов риска для здоровья. Медицинский центр свяжется с вами по поводу любых рекомендаций по поддержанию здоровья и готовности вашего ребенка к обучению. Перед введением любых вакцин требуется дополнительное согласие родителей/опекунов. Свяжитесь с медицинским центром, если у вашего ребенка возникли проблемы со здоровьем и ему необходимо записаться на прием.

УЧАЩИЙСЯ	Имя	Фамилия	Дата рождения / /
	Полное имя лица, заполняющего бланк (печатными буквами)	Родство/отношение к учащемуся (если не сам)	Дата заполнения бланка / /
Номер телефона, по которому с вами удобнее всего связываться		Когда вам лучше всего звонить	

ВОПРОСЫ О ВАШЕМ РЕБЕНКЕ:

Да Нет У вашего ребенка есть основной лечащий врач или клиника?
 Имя/название поставщика услуг: Клиника: Телефон:

Да Нет Ваш ребенок проходил за последний год осмотр или полное медицинское обследование?

Да Нет Ваш ребенок посещал стоматолога за последний год?

Да Нет У вашего ребенка есть аллергия на какие-либо лекарства или другие аллергии?
 (Опишите):

Да Нет Ваш ребенок принимает какие-либо лекарства? (Включите витамины и безрецептурные лекарства).

Медикаменты	Дозировка	Причины

Да Нет У вашего ребенка есть текущие проблемы со здоровьем или опасения по поводу здоровья?
 (Опишите):

Да Нет Ваш ребенок когда-нибудь лежал в больнице или перенес операцию?
 (Опишите):

Да Нет Есть ли у вашего ребенка какие-либо школьные/учебные потребности или проблемы?
 Проблемы с посещением Ухудшение оценок или неуспеваемость Специальное образование Другое:

Да Нет Есть ли у вас другие опасения по поводу состояния здоровья вашего ребенка? (Например: чрезмерная тревожность, стресс, депрессия, беспокойство и т.д.)
 (Опишите):

ВОПРОСЫ О ВАШЕЙ СЕМЬЕ:

Кто проживает в вашем доме?
 Если ваш ребенок также живет и в другом доме, кто там живет?

Да Нет Были ли в вашей семье какие-либо серьезные изменения или трудности за последний год?
 Если да, опишите:

Да Нет Курит ли кто-нибудь из проживающих с вашим ребенком сигареты, сигары, электронные сигареты или марихуану?

Да Нет Вы опасаетесь, что у вас не будет достаточно еды или денег, чтобы прокормить вашу семью?

Да Нет Есть ли в вашем доме оружие? Если «да», оно находится под замком? Да Нет

Да Нет Ваш ребенок усыновлен/удочерен?

МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФИЛЬ СЕМЬИ (Отметьте все, что применимо)

Член семьи	Нет известных проблем	Алк./нарк. зависимость	Артрит	Астма	Рак	Заболевания сердца	Депрессия	Диабет	Высокий уровень холестерина	Гипертония	Болезнь почек	Психическое заболевание	Инсульт	Проблемы со зрением
Мать														
Отец														
Другой член семьи:														
Другой член семьи:														

Есть ли в семье другие заболевания или хронические болезни?

ШКОЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР БЛАНК РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА



Заполните все пункты бланка, чтобы помочь нам обеспечить вашему ребенку качественный уход. Это согласие будет оставаться активным в течение года. Подайте письменное заявление об отзыве согласия на предоставление услуг. В связи с некоммерческим статусом и источником финансирования Community Health Center of Snohomish County (CHC) мы обязаны задавать следующие регистрационные вопросы (выделены серым цветом). Вы имеете право отказаться отвечать на любой из этих вопросов. Предоставленная вами информация не будет передаваться или использоваться для каких-либо целей, кроме сбора общих демографических данных для лучшего обслуживания нашего сообщества.

Заполните разделы 1-6.

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ							
ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СР. ИМЯ	ПРЕДЫДУЩАЯ ФАМИЛИЯ	ПРЕДПОЧИТАЕМОЕ ИМЯ	
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ № УЧАЩЕГОСЯ			ДАТА РОЖДЕНИЯ / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД		ПОЛ ПРИ РОЖДЕНИИ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	ЮРИДИЧЕСКИЙ ПОЛ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Небинарный	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС			КВАРТИРА	ВТОРОЙ АДРЕС (если отличается)		КВАРТИРА	
ГОРОД		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ГОРОД		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ТЕЛЕФОН РОДИТЕЛЯ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий			ТЕЛЕФОН УЧАЩЕГОСЯ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий				
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ РОДИТЕЛЕЙ			АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ УЧАЩЕГОСЯ				
КАК ВАС УВЕДОМИТЬ О НАЗНАЧЕНИИ (выберите одно) РОДИТЕЛЬ <input type="checkbox"/> Смс <input type="checkbox"/> Тел. звонок			КАК ВАС УВЕДОМИТЬ О НАЗНАЧЕНИИ (выберите одно) УЧАЩИЙСЯ <input type="checkbox"/> Смс <input type="checkbox"/> Тел. звонок				
ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ		<input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Трансгендер от мужчины к женщине		<input type="checkbox"/> Другое : _____		
		<input type="checkbox"/> Мужской	<input type="checkbox"/> Трансгендер от женщины к мужчине		<input type="checkbox"/> Выбираю не сообщать		
		<input type="checkbox"/> Под вопросом	<input type="checkbox"/> Небинарный/гендерный человек				
СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ		<input type="checkbox"/> Гетеросексуал	<input type="checkbox"/> Лесбиянка	<input type="checkbox"/> Бисексуал	<input type="checkbox"/> Другое : _____		
		<input type="checkbox"/> Гей	<input type="checkbox"/> Квир	<input type="checkbox"/> Пансексуал	<input type="checkbox"/> Выбираю не сообщать		
ПРЕДПОЧИТАЕМОЕ МЕСТОИМЕНИЕ		<input type="checkbox"/> Она, её, ей	<input type="checkbox"/> Они, их, им		<input type="checkbox"/> Выбираю не сообщать		
		<input type="checkbox"/> Он, его, ему	<input type="checkbox"/> Другое:				
ВЫ ИСПАНОЯЗЫЧНЫЙ ИЛИ ИСПАНОЯЗЫЧНЫЙ ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ?		<input type="checkbox"/> Да, испаноязычный или латиноамериканец		<input type="checkbox"/> Нет, не испаноязычный или латиноамериканец	<input type="checkbox"/> Выбираю не сообщать		
КАКОВО ВАШЕ РАСОВОЕ ИЛИ СЕМЕЙНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ?		<input type="checkbox"/> Американский индеец/коренной житель Аляски	<input type="checkbox"/> Азиат	<input type="checkbox"/> Черный/афроамериканец			
		<input type="checkbox"/> Коренной гаваец	<input type="checkbox"/> Др. житель тихоокеанских островов	<input type="checkbox"/> Белый			
		<input type="checkbox"/> Смешанная раса	<input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать				
ВЫ ВЕТЕРАН ВООРУЖЕННЫХ СИЛ США?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
КАКОВ ВАШ ТРУДОВОЙ СТАТУС?		<input type="checkbox"/> Полная занятость	<input type="checkbox"/> Ребёнок	<input type="checkbox"/> Самозанятый			
		<input type="checkbox"/> Частичная занятость	<input type="checkbox"/> Безработный	<input type="checkbox"/> Пенсионер			
		<input type="checkbox"/> Сезонная	<input type="checkbox"/> Военнообязанный	<input type="checkbox"/> Учащийся			
КАКОВ ВАШ ПРЕДПОЧИТАТЕЛЬНЫЙ ПИСЬМЕННЫЙ ЯЗЫК?			НУЖЕН ЛИ ВАМ ПЕРЕВОДЧИК?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
2. РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН (ЕСЛИ ПАЦИЕНТ МОЛОЖЕ 18 ЛЕТ)							
ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА		ИМЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА		ДАТА РОЖДЕНИЯ / /	ПОЛ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС			КВАРТИРА	РОДСТВО/ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое			
ГОРОД		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ТЕЛЕФОН <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий			

Продолжение этого бланка на обороте. Заполните все разделы.

ШКОЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

БЛАНК РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА



Продолжение бланка.

3. СТРАХОВКА				
У ВАС ЕСТЬ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
УКАЖИТЕ ИНФОРМАЦИЮ О СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ	НАЗВАНИЕ СТРАХОВКИ	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ		
	НОМЕР ГРУППЫ	№ УЧАСТНИКА		
	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА	ДАТА РОЖДЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА		
ЗАИНТЕРЕСОВАНЫ ЛИ ВЫ В НАШЕЙ ПРОГРАММЕ СКИДОК ПО СКОЛЬЗЯЩЕМУ ТАРИФУ?	Мы предлагаем скидку по скользящему тарифу, если у вас нет медицинской страховки или вам нужна помощь в оплате расходов, которые медицинская страховка не покрывает. Право на участие в программе и минимальный размер оплаты зависит от размера вашей семьи и дохода. Для получения дополнительной информации и подачи заявки вы хотели бы встретиться с одним из наших специалистов?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ (Отвечайте от имени пациента или, если пациент несовершеннолетний, от имени законного опекуна).				
ГODOVOЙ ИЛИ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	Каков годовой (ежегодный) валовой доход вашего домохозяйства?	\$	Если проще подсчитать, каков ежемесячный доход вашего домохозяйства?	\$
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ	Количество членов семьи, указанных в декларации о федеральных доходах.			
ВЫ БЕЗДОМНЫЙ ИЛИ НАХОДИТЕСЬ ВО ВРЕМЕННОМ ПРИЮТЕ?	<input type="checkbox"/> Не бездомный <input type="checkbox"/> С другими людьми <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Постоянное жильё по гос. программе <input type="checkbox"/> Государств. жильё <input type="checkbox"/> Приют <input type="checkbox"/> На улице <input type="checkbox"/> Временное жильё			
СТАТУС МИГРАНТА/СЕЗОННОГО РАБОТНИКА	В какой-либо момент за последние два года сезонные работы или работа на фермах мигрантов были основным источником дохода для вас или вашей семьи?		<input type="checkbox"/> Не работал на ферме <input type="checkbox"/> Да, работа мигранта на ферме <input type="checkbox"/> Да, сезонная работа на ферме	
КАК ВЫ УЗНАЛИ О NEIGHBORCARE HEALTH? (Отметьте все, что применимо)	<input type="checkbox"/> Друзья или семья <input type="checkbox"/> Страховка <input type="checkbox"/> Онлайн поиск (Google) <input type="checkbox"/> Др. поставщик помимо Neighborcare <input type="checkbox"/> Предприятие/близко к дому <input type="checkbox"/> Другая общественная группа или программа <input type="checkbox"/> Социальные СМИ (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Объявления (рекламный щит, автобус, газета) <input type="checkbox"/> Школа <input type="checkbox"/> Другое			
5. УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ				
Настоящим я подтверждаю, что получил Уведомление CHC о правилах конфиденциальности. Я понимаю, что CHC of Snohomish County может связаться со мной по поводу напоминаний о приеме, результатов анализов, вариантов лечения или других льгот и услуг, связанных со здоровьем, посредством телефонного звонка, текстового сообщения, электронной или голосовой почты.			Инициалы	
6. ПОДПИСЬ ДЛЯ СОГЛАСИЯ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ				
<p>ЗАВЕРЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ И СОГЛАСИЕ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ: Я подтверждаю, что регистрационная информация, которую я сообщил CHC, в настоящее время является верной, и я понимаю, что любое преднамеренное искажение информации может привести к тому, что я буду нести ответственность за полную оплату предоставленных услуг. Я разрешаю медицинскому, психиатрическому и стоматологическому персоналу использовать такие установленные методы лечения и терапии, которые считаются профессионально и с медицинской точки зрения необходимыми или целесообразными для диагностики и лечения моей проблемы (проблем) со здоровьем. Я понимаю, что медицинская помощь может быть оказана врачом, практикующей медсестрой, ассистентом врача или другим лицензированным персоналом. Я понимаю, что психиатрическая помощь может оказываться лицензированным социальным работником, лицензированным консультантом по психическому здоровью или другим лицензированным персоналом. Я понимаю, что стоматологическая помощь может оказываться лицензированными стоматологами, гигиенистами, студентами стоматологических факультетов или факультетов стоматологической гигиены или обученными волонтерами в соответствии с Законом о стоматологической практике штата Вашингтон. Данное разрешение остается в силе, пока согласие не будет отменено путем письменного уведомления главного врача/стоматолога. Назначение и разрешение на разглашение информации уполномочивает CHC предоставлять моей страховой компании, CMS или DSHS любую информацию, необходимую для определения выплат за соответствующие услуги. Настоящим я разрешаю любому страховому оператору, с которым у меня есть полис, выплачивать напрямую любые выплаты по любому страховому полису тем поставщикам медицинских услуг, которые оказали мне услуги. Я согласен полностью оплатить все расходы, которые не были полностью оплачены назначенной медицинской страховкой.</p>				
ПОДПИСЬ	РОДСТВО/ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ		ДАТА / /	

ШКОЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ



Школьные медицинские центры CHC расположены в школьном округе Эдмондс. CHC должен иметь подписанное согласие родителей или законных опекунов перед предоставлением услуг, за исключением ситуаций, когда федеральные законы или законы штата позволяют учащемуся получать лечение без согласия родителей/опекунов. Для получения услуг школьной медсестры учащимся не обязательна регистрация в медицинском центре.

Настоящим я запрашиваю и разрешаю: (Укажите имя учащегося ниже печатными буквами).

Имя	Инициал ср. имени	Фамилия	Дата рождения / /
-----	-------------------	---------	----------------------

получать медицинские услуги, доступные и признанные необходимыми персоналом CHC SBHC. Эти услуги могут включать, но не ограничиваются следующим: консультации по вопросам психического здоровья, обычные медицинские осмотры, натуропатию, спортивные осмотры, уход за ребенком или подростком, оценку и лечение острых заболеваний и травм, иммунизацию, анализы крови, фотографии, рентгеновские снимки, стоматологические услуги и фторирование. Сотрудники SBHC поощряют участие семьи в оказании медицинских услуг учащимся. Однако, если я не могу присутствовать, я даю разрешение на получение услуг моим ребенком в мое отсутствие. Этот уход может осуществляться как лично, так и дистанционно по телефону или посредством виртуального телемедицинского приема. Согласие также дается на направление на лечение и, при необходимости, экстренную транспортировку к другим врачам, специалистам здравоохранения, больницам, клиникам или медицинским учреждениям, если сотрудники CHC SBHC сочтут это необходимым. Это разрешение не позволяет оказывать услуги без согласия учащегося, за исключением случаев, когда учащийся не в состоянии дать согласие. Цель CHC – создать медицинский центр, включающий медицинское, стоматологическое и психиатрическое обслуживание, и CHC поощряет долгосрочные отношения между пациентами и поставщиками услуг. CHC сотрудничает с другими поставщиками услуг в сообществе, которые также могут принимать пациентов, которых мы обслуживаем, чтобы обеспечить согласованность лечения.

В соответствии с законодательством штата и/или федеральным законом, при получении согласия на медицинское обслуживание информация о медицинском обслуживании сохраняется в тайне. Существует несколько исключений, например:

1. Пациент или его родитель/опекун дает разрешение, подписав форму о выдаче информации.
2. Пациент демонстрирует риск причинения неминуемого вреда себе или окружающим.
3. Пациент имеет угрожающие жизни проблемы со здоровьем и не достиг возраста 18 лет.
4. Есть основания подозревать жестокое обращение или пренебрежение.
5. Об определенных инфекционных заболеваниях необходимо сообщать в органы здравоохранения.

Дается согласие на обмен необходимой информацией с поставщиками медицинских услуг в SBHC, включая обмен информацией между психиатрическим терапевтом, практикующей медсестрой или ассистентом врача и школьной медсестрой, с целью обеспечения наилучшего ухода за вышеуказанным учащимся. Для облегчения координации ухода медицинская карта учащегося в SBHC будет доступна сотрудникам CHC в SBHC. Предоставляется согласие на то, чтобы школьная медсестра выдавала безрецептурные лекарства (например, Ibuprofen, Tylenol, Tums и т.д.) по назначению врача SBHC.

Учащиеся также могут самостоятельно получать медицинские услуги в любой из медицинских или стоматологических клиник CHC. С этим согласием можно получать услуги в любой медицинской и стоматологической клинике округа Снохомиш (CHC of Snohomish County). Чтобы найти список адресов клиник, посетите наш веб-сайт chcsno.org. Чтобы записаться на прием, позвоните в CHC по телефону 425-789-3789.

Согласие распространяется на услуги, предоставляемые CHC в течение всего времени, пока учащийся учится в школе, в которой есть CHC SBHC, или в течение всего времени, пока услуги предоставляются в другой клинике CHC. Отзыв данного согласия может быть сделан в любое время путем письменного обращения в SBHC.

Подпись учащегося: <i>(Требуется для лиц от 13 лет и старше)</i>	Дата: / /
Подпись родителя/опекуна:	Дата: / /
Полное имя юридически ответственного опекуна (печатными буквами):	Родство/отношение:

ВАЖНАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СОГЛАСИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Согласно закону штата Вашингтон, SBHC будет предоставлять и помогать учащимся в доступе к услугам сторонней медицинской помощи в случае необходимости. Согласно закону штата Вашингтон, учащиеся могут самостоятельно получить доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья в любом возрасте без согласия родителей/опекунов. Подростки (в возрасте 13 лет и старше) могут самостоятельно получать услуги по лечению от наркотической и алкогольной зависимости и консультации по психическому здоровью без согласия родителей/опекунов. SBHC поощряет студентов привлекать своих родителей или опекунов к принятию решений о медицинском обслуживании, когда это возможно. В соответствующих случаях SBHC помогает учащемуся обсудить эти ситуации с родителями/опекунами.

Поскольку подростки могут дать согласие на медицинское обслуживание, их согласие требуется по закону для предоставления информации о беременности и заболеваниях, передающихся половым путем (включая тестирование на ВИЧ/СПИД). Согласие учащихся в возрасте 13 лет и старше и согласие родителей/опекунов для учащихся в возрасте 12 лет и младше требуется по закону для предоставления информации о предоставлении консультаций по вопросам алкоголизма и наркотиков или психического здоровья. Для получения дополнительной информации о согласии несовершеннолетних посетите: www.washingtonlawhelp.org и найдите «Minor Consent».

СОГЛАСИЕ НА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ШКОЛА:		КЛАССНАЯ КОМНАТА №:	MRN: (Для административного использования)
УВАЖАЕМЫЙ РОДИТЕЛЬ ИЛИ ОПЕКУН, Мы предлагаем стоматологические услуги в школе вашего ребенка, с целью информирования вас о стоматологическом здоровье вашего ребенка. Эти услуги совершенно бесплатны для вас . Если вы даёте согласие на лечение вашего ребёнка: <ul style="list-style-type: none"> • Стоматологические услуги возобновятся, когда учащиеся вернутся для очного обучения. • Мы будем рады предоставить вам информацию для записи на прием к стоматологу или записать вас на прием, если вам нужен поставщик стоматологических услуг. • Мы вышлем вам копию результатов обследования вашего ребенка. Эта информация может быть передана в школу вашего ребенка. • Мы можем оставить сообщение на вашем телефоне, если нам нужно связаться с вами по поводу стоматологических потребностей вашего ребенка. 		КАКИЕ УСЛУГИ МЫ ПРЕДЛАГАЕМ? <ul style="list-style-type: none"> • КОМПЛЕКСНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ • ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ • СРОЧНЫЕ И УЗКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ • ЧИСТКА ЗУБОВ (ПРОФИЛАКТИКА) • ГЕРМЕТИКИ • ФТОРИРОВАНИЕ ЗУБОВ • РЕНТГЕНОВСКИЕ СНИМКИ 	
Родители или опекуны, пожалуйста, заполните приведенную ниже информацию и подпишите нижнюю часть бланка.			
ПОЛНОЕ ИМЯ УЧАЩЕГОСЯ:			
ИМЯ	СР. ИМЯ	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ / /
ПОЛ УЧАЩЕГОСЯ: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> X			
ПОЛНОЕ ИМЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА:			
ИМЯ	СР. ИМЯ	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ / /
АДРЕС:		ГОРОД:	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:
ТЕЛЕФОН:		Согласие на осуществление рентгеновских снимков по мере необходимости <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Предпочитаете ли вы, чтобы с вами общались на языке, отличном от английского?		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Если «да», на каком языке?
Как бы вы хотели получить результаты стоматологического обследования вашего ребенка?		<input type="checkbox"/> Дайте их моему ребенку в школе, чтобы он принес их домой. <input type="checkbox"/> Отправьте их по указанному выше адресу.	
Когда ваш ребёнок в последний раз посещал стоматолога?		<input type="checkbox"/> Менее 6 месяцев назад <input type="checkbox"/> Менее 1 года назад <input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Менее 2 лет назад <input type="checkbox"/> Более 2 лет назад
У вашего ребенка есть постоянный зубной врач?		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Если да, то где?
Вам нужна помощь в поиске стоматолога для вашего ребенка?		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
<i>Эта программа бесплатна для вас, но вашей стоматологической страховой компании может быть выставлен счет за услуги. Просим заполнить страховой раздел этой формы, чтобы у нас были наиболее актуальные сведения. Планы государственного страхования обычно покрывают всю стоимость услуги. Если какие-то расходы не покрываются страховкой, они будут покрыты за счет грантов. Ни одному учащемуся или семье, участвующей в программе, не будет выставлен счет на оплату из собственных средств.</i>			
УКАЖИТЕ НИЖЕ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕЙ СТРАХОВКЕ APPLE HEALTH ИЛИ ДРУГОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРАХОВКЕ:			
ПРОГРАММА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТРАХОВАНИЯ:			
ПОЛНОЕ ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА:			
РОДСТВО/ОТНОШЕНИЕ:		ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА:	/ /
ПОДПИСЫВАЯ ЭТОТ БЛАНК, ВЫ ДАЕТЕ СОГЛАСИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ			
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА		ДАТА	

Уведомление о правилах конфиденциальности

Настоящее уведомление действительно с 23 мая 2013 г.

Мы используем протоколы, обеспечивающие безопасность и конфиденциальность вашей личной информации. Наше здание имеет физическую охрану, пароли для защиты баз данных, аудиты на соответствие требованиям и программное обеспечение для обнаружения вирусов/взломов. В рамках нашей практики доступ к вашей информации ограничен теми, кому она необходима для выполнения своей работы.

Общественный центр здравоохранения округа Снохомиш обязуется обращаться и использовать защищенную медицинскую информацию о вас ответственно. Данное уведомление о политике конфиденциальности описывает личную информацию, которую мы собираем, а также то, как и когда мы используем или раскрываем эту информацию. В нем также описаны ваши права, связанные с вашей защищенной медицинской информацией. Настоящее уведомление вступило в силу 23 мая 2013 года и распространяется на всю защищенную медицинскую информацию, как это определено федеральными правилами.

В этом уведомлении описывается, как медицинская информация о вас может использоваться и раскрываться и как вы можете получить доступ к этой информации. Внимательно ознакомьтесь с уведомлением.

Наше обещание вам – нашим пациентам: *Ваша информация важна и конфиденциальна. Наши этические нормы и политики требуют, чтобы ваша информация хранилась с соблюдением правил строжайшей конфиденциальности.*

По закону мы обязаны обеспечить конфиденциальность вашей информации. Мы также обязаны передать вам настоящее Уведомление, ссылающееся на нормы и правила, руководствуясь которыми мы обеспечиваем соблюдение конфиденциальности, разъясняющее наши законные обязательства, а также содержащее перечень ваших прав, которые относятся к вашей медицинской информации («Защищенная медицинская информация» или ЗМИ). Мы должны следовать правилам соблюдения конфиденциальности, которые описаны в настоящем Уведомлении (текст которого подлежит периодическому обновлению).

Для получения дополнительной информации о нашей практике конфиденциальности или дополнительных копий данного Уведомления, пожалуйста, свяжитесь с нами, используя информацию, указанную в конце данного Уведомления.

Право на получение уведомления: Вы имеете право на получение бумажной копии настоящего уведомления, в связи с чем вы можете в любое время подать соответствующий запрос в Общественный центр здравоохранения по адресу: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Право на получение уведомления об утечке информации: По федеральному законодательству мы обязаны проинформировать вас, если нам станет известно об утечке вашей незащищенной ЗМИ.

Вопросы или жалобы: Если вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах на конфиденциальность информации, или же подозреваете, что мы нарушили ваши права на неприкосновенность личной жизни, вы можете обратиться на горячую линию нашего Отдела по вопросам соблюдения норм и правил (Compliance Office Privacy) по телефону 425-789-3774. Вы также можете подать письменную жалобу на имя директора Бюро гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и обслуживания населения США (U.S. Department of Health and Human Services). В случае подачи вами жалобы в наш Отдел по вопросам соблюдения норм и правил мы не будем принимать против вас встречных / ответных мер. Если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность личной жизни были нарушены, вы можете подать жалобу в наш профильный отдел или же в Бюро гражданских прав (Office for Civil Rights, OCR) при Департаменте здравоохранения и обслуживания населения США (U.S. Department of Health and Human Services). В случае подачи вами жалобы в наш профильный отдел или же в Бюро OCR какие бы то ни было встречные / ответные действия в отношении вас приниматься не будут. Адрес регионального отделения Бюро OCR в штате Вашингтон:

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

Изменения настоящего уведомления: Мы можем изменить условия и формулировки настоящего уведомления в любое время. Если мы внесем изменения в Уведомление, мы можем применить новые условия/формулировки уведомления ко всей защищенной медицинской информации, имеющейся в нашем распоряжении, в том числе к информации, созданной или полученной нами до выхода новой редакции уведомления. Если мы внесем изменения в настоящее Уведомление, мы опубликуем уведомление в новой редакции в зоне ожидания нашего учреждения и на нашем веб-сайте по адресу www.chcsno.org. Вы также можете получить уведомление в новой редакции, связавшись с общественным центром здравоохранения Community Health Center of Snohomish County по почте по адресу: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.