



ትምህርት ቤት ላይ የተመሰረተ የጤና ማዕከል

የጤና ታሪክ ቅጽ

ለልጅዎ ጥራት ያለው እንክብካቤ ለመስጠት እንዲረዱን እገዛዎ ይህንን ቅጽ ይሙሉ። ልጅዎ ክብደታቸውን፣ ቁመታቸውን፣ የደም ግፊታቸውን እና የክትባት ታሪካቸውን ለመገምገም እና የጤና ስጋት ግምገማን ለማጠናቀቅ ለጤና ምርመራ ወደ ጤና ጣቢያ ይጋበዛሉ። የጤና ማዕከሉ የልጅዎን ጤና ለመደገፍ እና ለመማር ዝግጁ ስለመሆኑ ለማንኛውም ምክሮች ያነጋግርዎታል። ማንኛውንም ክትባት ከመሸጠቱ በፊት ከወላጅ/አሳዳጊ ተጨማሪ ስምምነት ያስፈልጋል። ልጅዎ የጤና ችግር ካለበት እና ቀጠሮ የሚያስፈልገው ከሆነ እገዛዎን የጤና ጣቢያውን ያነጋግሩ።

ተማሪ	የመጀመሪያ ስም	የአያት ስም	የትውልድ ቀን
			/ /
ቅጹን የሚያጠናቅቀው ሰው የታተመ ስም	ከተማ ጋር ያለው ግንኙነት (ከራስዎ ካልሆነ)		ቅጹ የተጠናቀቀበት ቀን
			/ /
እርስዎን ለማግኘት ምርጫ ስልክ ቁጥር	ለመደወል ምርጫ ጊዜ		

ስለ ልጅዎ ጥያቄዎች:

አዎ አይ

ልጅዎ የመጀመሪያ ደረጃ እንክብካቤ ሐኪም ወይም ክሊኒክ አለው?
 የአቅራቢ ስም: _____ ክሊኒክ: _____ ስልክ: _____

አዎ አይ

ባለፈው ዓመት ልጅዎ የልጅነት ደህንነት ምርመራ ወይም ሙሉ የአካል ምርመራ አድርጓል?

አዎ አይ

ልጅዎ ባለፈው ዓመት የጥርስ ሀኪም ጎብኝቶ ያውቃል?

አዎ አይ

ልጅዎ መድሃኒት ወይም ሌላ አለርጂ አለው?
 (ይግለጹ): _____

አዎ አይ

ልጅዎ ማንኛውንም መድሃኒት ይወስዳል? (ቫይታሚኖች እና ያለሀኪም የሚገዙ መድሃኒቶችን ጨምሮ።)

መድሃኒቶች	መጠን	ምክንያት

አዎ አይ

ልጅዎ ቀጣይነት ያለው የጤና ችግር ወይም ወቅታዊ የጤና ስጋቶች አሉት?
 (ይግለጹ): _____

አዎ አይ

ልጅዎ ሆስፒታል ገብቷል ወይም ቀደ ጥገና ተደርጎለት ያውቃል?
 (ይግለጹ) _____

አዎ አይ

ልጅዎ የትምህርት/የትምህርት ፍላጎቶች ወይም ስጋቶች አሉት?
 የመገኘት ችግሮች አስከፊ ወይም የመውደቅ ውጤቶች ልዩ ትምህርት ሌላ _____

አዎ አይ

ስለ ልጅዎ ደህንነት ሌሎች የሚያሳስብዎት ነገር አለ? (ለምሳሌ:- ብዙ ስጋት፣ ጭንቀት፣ ድብርት፣ ስጋት፣ ወዘተ።)
 (ይግለጹ): _____

ስለ ቤተሰቦች ጥያቄዎች:

በቤታችሁ ውስጥ ማን ይኖራል?
 ልጅዎ በሌላ ቤት ውስጥ የሚኖር ከሆነ፣ እዛ ማን ይኖራል?

አዎ አይ

ባለፈው ዓመት በቤተሰብዎ ውስጥ ትልቅ ለውጦች ወይም ተግዳሮቶች ነበሩ?
 አዎ ከሆነ፣ ይግለጹ: _____

አዎ አይ

ከልጅዎ ጋር የሚኖር ማንም ሰው ሲገራዎት፣ ሲጋራዎች፣ የኤሌክትሪክ-ሲጋራ ወይም ማሪዋና የሚያጨስ አለ?

አዎ አይ

ቤተሰብዎን ለመመገብ በቂ ምግብ ወይም ገንዘብ አይኖርዎትም?

አዎ አይ

ቤትዎ ውስጥ ጠመንጃ አለ? አዎ ከሆነ፣ ተቆልፏል? አዎ አይ

አዎ አይ

ልጅዎ የማደግ ነው?

የቤተሰብ ጤና ታሪክ (የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት ያድርጉ)

የቤተሰብ አባላት	ምንም የሚታወቁ ችግሮች የላዎ	አልተገልጸውም/የላደገባቸው ዕፅ አላገባባቸው ማጠቃለያ	ሪህ	አካም	ካንሰር	የልብ ችግሮች	ድብርት	ስኳር በሽታ	ከፍተኛ የቡብ ክምችት	ከፍተኛ የደም ግፊት	የኩላሊት በሽታ	የአካምሮ ህመም/መቃወስ	ስትሮክ	የአይታ ችግሮች
እናት														
አባት														
ሌላ የቤተሰብ አባላት:														
ሌላ የቤተሰብ አባላት:														

ሌላ የቤተሰብ በሽታ ወይም ሥር የሰደደ ሕመም ታሪክ አለ?



ትምህርት ቤት ላይ የተመሰረተ የጤና ማዕከል

የታካሚ ምዝገባ ቅጽ

ለልጅዎ ጥራት ያለው እንክብካቤ ለመስጠት እንዲረዱን እገዛዎ ይህንን ቅጽ ሙሉ በሙሉ ይሙሉ። ይህ ስምምነት ከአመት ወደ አመት ንቁ ሆኖ ይቆያል። እገዛዎ ለአገልግሎቶች ስምምነትን ለመሰረዝ ጥያቄን በጽሁፍ ያስገቡ። (CHC) Community Health Center of Snohomish County (በስፍራዎቻችን ካሉት የሚሰጡ ጤና ማእከል) ለትርፍ ያልተቋቋመ ሁኔታ እና የገንዘብ ምንጭ እነዚህን የምዝገባ ጥያቄዎች (በግራጫ) እንደገና ይጻፉ። ከእነዚህ ጥያቄዎች ውስጥ ማንኛውንም ለመመለስ እምቢ የማለት መብት አለዎት። ያቀረቡት መረጃ ማህበረሰባችንን በተሻለ ሁኔታ ለማገልገል አጠቃላይ የሰነ-ሕዝብ መረጃን ከመሰብሰብ ውጭ ለሌላ ዓላማ አይገለጽም ወይም ጥቅም ላይ አይውልም።

እገዛዎን ክፍል 1-6 ይሙሉ።

1. የተማሪ መረጃ እና ስነ-ሕዝብ

የአያት ስም	የመጀመሪያ ስም	የአባት ስም	ድሮ የሚታወቁበት	ተመራጭ የመጀመሪያ ስም	
የተማሪ መታወቂያ ቁጥር		የትውልድ ቀን ወር / ቀን / አመት	የውልደት ጾታ <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት	ድሮ የሚታወቁበት <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ሁለቱንም ያልሆነ	
የፖስታ መላኪያ አድራሻ	APT	ሁለተኛ አድራሻ (የተለየ ከሆነ)		APT	
ከተማ	ግዛት	ZIP	ከተማ	ግዛት	
የወላጅ ስልክ <input type="checkbox"/> ቤት <input type="checkbox"/> ስልክ <input type="checkbox"/> ስራ	የተማሪ ስልክ <input type="checkbox"/> ቤት <input type="checkbox"/> ስልክ <input type="checkbox"/> ስራ				
የወላጅ አምል አድራሻ	የተማሪ አምል አድራሻ				
የቀጠሮ ማስታወቂያ ምርጫ (አንድ ይምረጡ) ወላጅ <input type="checkbox"/> ጽሑፍ <input type="checkbox"/> ስልክ ጥሪ	የቀጠሮ ማስታወቂያ ምርጫ (አንድ ይምረጡ) ወላጅ <input type="checkbox"/> ጽሑፍ <input type="checkbox"/> ስልክ ጥሪ				
የጾታ መለያ	<input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> መጠይቅ	<input type="checkbox"/> ትራንስጀንደር ወንድ ወደ ሴት <input type="checkbox"/> ትራንስጀንደር ሴት ወደ ወንድ <input type="checkbox"/> ሁለት የሽ ያልሆነ/የማይታወቅ ጾታ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <input type="checkbox"/> ላለመግለጽ ይምረጡ		
የወሲብ ዝንባሌ	<input type="checkbox"/> በትክክል <input type="checkbox"/> ጌይ	<input type="checkbox"/> ሌሰቢያን <input type="checkbox"/> የማይታወቅ	<input type="checkbox"/> ሁለት ጾታ <input type="checkbox"/> ያልተወሰነ ጾታ	<input type="checkbox"/> ሌላ: _____ <input type="checkbox"/> ላለመግለጽ ይምረጡ	
ተመራጭ ተውላጠ ስም	<input type="checkbox"/> እርሷ፣ የእርሷ፣ የእነርሱ <input type="checkbox"/> እርሱ፣ የእርሱ፣ የእነርሱ	<input type="checkbox"/> እነርሱ፣ እነርሱ፣ የእነርሱ <input type="checkbox"/> ሌላ:	<input type="checkbox"/> ላለመግለጽ ይምረጡ		
ስፔን ነህ ወይስ ስፔን-ላቲን አሜሪካዊ?	<input type="checkbox"/> አዎ፣ ስፔን ወይም ላቲን አሜሪካ	<input type="checkbox"/> ስፔን ወይም ላቲን አሜሪካ አይደለም	<input type="checkbox"/> ላለመግለጽ ይምረጡ		
የእርስዎ ዘር ወይም የቤተሰብ ዳራ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> አሜሪካዊ ህንዳዊ/የአለስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> የሃዋይ ተወላጅ <input type="checkbox"/> ከአንድ በላይ ዘር	<input type="checkbox"/> እስያዊ <input type="checkbox"/> ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ <input type="checkbox"/> መለየት አልተቻለም	<input type="checkbox"/> ጥቁር/አፍሪካዊ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> ነጭ		
አንተ የአሜሪካ አርበኛ ነህ?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ				
የስራህ ሁኔታ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> ሙሉ ጊዜ <input type="checkbox"/> የትርፍ ሰዓት <input type="checkbox"/> ወቅታዊ	<input type="checkbox"/> ህጻን <input type="checkbox"/> አልተቀጠረም <input type="checkbox"/> ንቁ ወታደራዊ ግዴታ	<input type="checkbox"/> በግል የሚሰሩ <input type="checkbox"/> ጡረታ ወጥቷል <input type="checkbox"/> ተማሪ		
የመረጥከው የጽሑፍ ቋንቋ ምንድን ነው?			አስተርጓሚ ይፈልጋሉ?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	

2. ወላጅ/አሳዳጊ (ታካሚው ከ18 ዓመት በታች ከሆነ)

የወላጅ/አሳዳጊ የአያት ስም	የወላጅ/ አሳዳጊ የአያት ስም	የትውልድ ቀን / /	ጾታ <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት
የፖስታ መላኪያ አድራሻ	APT	ከታካሚው ጋር ያለው ዝምድና <input type="checkbox"/> ወላጅ <input type="checkbox"/> አሳዳጊ <input type="checkbox"/> ሌላ	
ከተማ	ግዛት	ZIP	ስልክ <input type="checkbox"/> ቤት <input type="checkbox"/> ስልክ <input type="checkbox"/> ስራ

ይህ ቅጽ በተቃራኒው ይቀጥላል። እገዛዎ ሁሉንም ክፍሎች ያጠናቅቁ።

ትምህርት ቤት ላይ የተመሰረተ የጤና ማዕከል

የታካሚ ምዝገባ ቅጽ



ከተቃራኒው የቀጠለ።

3. መድን

መድን አለዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ		
እባክዎን የመድን ሽፋን መረጃን ይዘርዝሩ	የመድን ስም	የሚተገበርበት ቀን	
	የቡድን አቅድ ቁጥር	የአባል መታወቂያ #	
	የደንበኝነት ተመዝጋቢ/የፖሊሲ ባለቤት ስም	ተመዝጋቢ የተወለደበት ቀን	
በእኛ የተገኘራቸው ክፍያ ቅናሽ ፕሮግራማችን ላይ ፍላጎት አለዎት?	የጤና መድኃኒት ከሌለዎት ወይም የጤና መድኃኒት የማይሸፍነውን ወጪ ለመክፈል እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ ተገኝራቸው ቅናሽ ክፍያ እናቀርባለን። ለፕሮግራሙ ብቁ መሆን እና ዝቅተኛው ክፍያ በቤተሰብዎ ብዛት እና ገቢ ላይ የተመሰረተ ነው። ለበለጠ መረጃ እና ለማመልከት፣ ከኛ የብቃት ባለሙያዎች ጋር መገናኘት ይፈልጋሉ?		<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

4. ተጨማሪ ጥያቄዎች (ለታካሚው ይመልሱ ወይም፣ ታካሚ ለአካለ መጠን ያልደረሰ ከሆነ፣ እባክዎን ለህጋዊ አሳዳጊ ይመልሱ።)

የዓመት ወይም ወርሃዊ ገቢ	የቤተሰብዎ-ዓመታዊ (ዓመታዊ) ጠቅላላ ገቢ ምን ያህል ነው?	\$	የቤተሰብዎ-ዓመታዊ (ዓመታዊ) ጠቅላላ ገቢ ምን ያህል ነው?	\$
ጠቅላላ የቤተሰብ አባላት	በፌዴራል የገቢ ግብር ተመላሽ ላይ ሪፖርት የተደረጉ የቤተሰብ አባላት ብዛት:			
ቤት አልባ ነዎት ወይስ በጊዜያዊ መጠለያ ውስጥ?	<input type="checkbox"/> ቤት አልባ አይደለም <input type="checkbox"/> በአጥፍ መጨመር <input type="checkbox"/> ሌላ <input type="checkbox"/> ቋሚ ድጋፍ ሰጪ መኖሪያ ቤት <input type="checkbox"/> የህዝብ መኖሪያ <input type="checkbox"/> መጠለያ <input type="checkbox"/> መጠለያ <input type="checkbox"/> ሽግግር			
የስደተኛ/የወቅቱ የስራ ሁኔታ	ባለፉት ሁለት ዓመታት ውስጥ በማንኛውም ወቅት፣ ወቅታዊ ወይም ስደተኛ የእርሻ ሥራ የእርስዎ ወይም የእርስዎ ቤተሰብ ዋና የገቢ ምንጭ ነበር?		<input type="checkbox"/> የእርሻ ስራ የለም <input type="checkbox"/> አዎ፣ የስደተኛ እርሻ ስራ <input type="checkbox"/> አዎ፣ ወቅታዊ እርሻ ስራ	
እንዴት ነው ስለ ጎረቤት እንክብካቤ ጤና የሰሙት? (የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት ያድርጉ)	<input type="checkbox"/> ጓደኞች ወይም ቤተሰብ <input type="checkbox"/> መድን <input type="checkbox"/> ት/ቤት <input type="checkbox"/> ሌሎች ጎረቤት ያልሆኑ እንክብካቤ አቅራቢዎች <input type="checkbox"/> ምቹ አካባቢ/ለቤት ቅርብ <input type="checkbox"/> ሌላ የማህበረሰብ ቡድን ወይም ፕሮግራም <input type="checkbox"/> ማህበራዊ ሚዲያ (ፌስቡክ፣ ትዊተር፣ ኢንስታግራም) <input type="checkbox"/> ማስታወቂያዎች (ቢልቦርድ፣ አውቶቡስ፣ ጋዜጣ) <input type="checkbox"/> ት/ቤት <input type="checkbox"/> ሌላ			

5. የግላዊነት ማስታወቂያ

የCHC የግላዊነት ልማዶች ማስታወቂያ እንደደረሰች በዚህ አረጋግጣለሁ። CHC of Snohomish County (የስድስት ሰዓት ስራ) ስለ ቀጠሎ አስታዎሽ፣ የፈተና ውጤቶች፣ የሕክምና አማራጮች ወይም ሌሎች ከጤና ጋር የተያያዙ ጥቅማጥቅሞችን እና አገልግሎቶችን በስልክ ጥሪ፣ የጽሑፍ መልእክት፣ በኢሜል ወይም በድምጽ መልእክት ሊያገኙዎት እንደሚችል ተረድቻለሁ።	የመጀመሪያ
---	--------

6. የመልቀቅ እና የፈቃድ ፈርማ

የመረጃ የምስክር ወረቀት እና የእንክብካቤ ፈቃድ፡ ለCHC ሪፖርት ያደረግኩት የምዝገባ መረጃ በአሁኑ ጊዜ ትክክል መሆኑን አረጋግጣለሁ። እና ማንኛውም ሆነ ተብሎ የተዘገበ መረጃን ማቅረብ ለተሰጡ አገልግሎቶች ሙሉ ሀላፊነት እንደወሰድ ሊያደርግ እንደሚችል ተረድቻለሁ። ለህክምና፣ ለአእምሮ ጤና እና ለጥርስ ህክምና ሰራተኞች በሙያዊ እና በህክምና አስፈላጊ ናቸው ወይም የጤና ችግራን (ዎች) ምርመራ እና ህክምናን በተመለከተ ጠቃሚ ሆነው የተረጋገጡ ህክምናዎችን እና እንክብካቤዎችን እንዲታወቁ ፍቃድ እሰጣለሁ። የሕክምና እንክብካቤው በሐኪም፣ በነርስ ሐኪም፣ በሐኪም ረዳት ወይም በሌላ ፈቃድ ባላቸው ሠራተኞች ሊሰጥ እንደሚችል ተረድቻለሁ። የአእምሮ ጤና እንክብካቤ ፈቃድ ባለው የማህበራዊ ሰራተኛ፣ ፍቃድ ባለው የአእምሮ ጤና አማካሪ ወይም ሌላ ፈቃድ ባላቸው ሰራተኞች ሊሰጥ እንደሚችል ተረድቻለሁ። በWashington ግዛት ልምድ ህግ መሰረት የጥርስ ህክምና በጥርስ ህክምና ፈቃድ ባላቸው የጥርስ ሐኪሞች፣ የጥርስ ንጽህና ባለሙያዎች፣ የጥርስ ወይም ንጽህና ተማሪዎች ወይም የሰለጠኑ በጎ ፈቃደኞች ሊሰጡ እንደሚችሉ ተረድቻለሁ። ፈቃዱ ለዋና የህክምና/የጥርስ ህክምና ባለስልጣን በጽሁፍ ማስታወቂያ ካልተሰጠ በስተቀር ይህ ፈቃድ ተፈጻሚነት ይኖረዋል። ምደባው እና መልቀቁ CHC ለእኔ የምድን ኩባንያ፣ CMS ወይም DSHS ማንኛውንም መረጃ ለተዛማጅ አገልግሎቶች የሚከፈል ጥቅማጥቅሞችን ለመወሰን ያስችለዋል። እኔ ፖሊሲ ያለኝ ማንኛውም የመድን አገልግሎት አጓጓዥ ማንኛውንም የመድን ፖሊሲ ጥቅማ ጥቅሞችን በቀጥታ ለሰጠኝ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች እንዲከፈል ፍቃድ እሰጣለሁ። በተመደበው መድን ሙሉ በሙሉ ያልተከፈሉትን ክፍያዎች በሙሉ ለመክፈል ተስማምቻለሁ።

ፈርማ	ከታካሚው ጋር ያለው ዝምድና	ቀን
		/ /

ትምህርት ቤት ላይ የተመሰረተ የጤና ማዕከል ለጤና አገልግሎቶች ስምምነት



የCHC ት/ቤትን መሰረት ያደረጉ የጤና ማዕከላት በEdmonds ትምህርት ቤት ወርዶ ውስጥ ይገኛሉ። የፌደራል ወይም የክልል ህጎች ተማሪው ያለ ወላጅ/አሳዳጊ ፈቃድ ህክምና እንዲያገኝ ከሚፈቅዱበት ሁኔታ በስተቀር፣ CHC አገልግሎቶችን ከመስጠቱ በፊት ከወላጅ ወይም ከህጋዊ አሳዳጊ ስምምነት መፈረም አለበት። ተማሪዎች ከትምህርት ቤቱ ነርስ አገልግሎት ለማግኘት በጤና ጣቢያ መመዝገብ አያስፈልጋቸውም።

ይህን እጠይቃለሁ እና ፍቃድ አሰጣለሁ፡ (የተማሪውን ስም ከታች ያትሙ።)

የመጀመሪያ ስም	የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል	የአያት ስም	የትውልድ ቀን / /
-----------	--------------------	---------	-----------------

በCHC SBHC ሰራተኞች የሚገኙ እና አስፈላጊ ናቸው ተብለው ከሚታሰቡ የጤና አጠባበቅ አገልግሎቶች ማግኘት። እነዚህ አገልግሎቶች የሚከተሉትን ሊያካትቱ ይችላሉ፡ ነገር ግን አይወሰኑም፤ የአእምሮ ጤና ምክር፣ መደበኛ የሕክምና ምርመራዎች፣ ምግብን በመቀየር እራስን ማከም፣ ስፖርታዊ እንቅስቃሴዎች፣ ጥሩ ልጅ ወይም የታዳጊዎች እንክብካቤ፣ የአጣዳፊ ሕመም እና ጉዳቶች ግምገማ እና ህክምና፣ ክትባቶች፣ የደም ጥናቶች፣ ፎቶግራፎች፣ ኤክስሬይ፣ የጥርስ እና የፍሎራይድ ህክምና አገልግሎቶች። የSBHC ሰራተኞች ቤተሰብ ለተማሪዎች በሚሰጡት እንክብካቤ ላይ እንዲሳተፉ ያበረታታሉ። ነገር ግን፣ መገኘት ካልቻልኩ፣ ልጄ በሌሊታት አገልግሎት እንዲያገኝ ፈቃድ ተሰጥቷል። ይህ እንክብካቤ በአካልም ሆነ በርቀት በስልክ ወይም በምናባዊ የቴሌ ጤና ጉብኝት ሊከሰት ይችላል። በCHC SBHC ሰራተኞች አስፈላጊ ሆኖ ሲገኝ እንክብካቤን እና አስፈላጊ ከሆነ ለሌሎች ሐኪሞች፣ የጤና እንክብካቤ ባለሙያዎች፣ ሆስፒታሎች፣ ክሊኒኮች ወይም የጤና እንክብካቤ ተወካዮች አስቸኳይ መዳኃኒቱን ለማስተላለፍ ስምምነት ተሰጥቷል። ይህ ፈቃድ የተማሪው ፈቃድ ካልተገኘ በስተቀር አገልግሎቶች እንዲሰጡ አይፈቅድም ተማሪው ፈቃድ መስጠት የማይችል ካልሆነ በስተቀር። CHC የህክምና፣ የጥርስ እና የአእምሮ ጤና እንክብካቤን ያካተተ የጤና እንክብካቤ ቤት ለመፍጠር ቁርጠኛ ሲሆን CHC በታካሚዎች እና በአገልግሎት ሰጪዎች መካከል የረጅም ጊዜ ግንኙነቶችን ያበረታታል። CHC በህብረተሰቡ ውስጥ ካሉ ሌሎች አቅራቢዎች ጋር በመተባበር እኛ የምናገለግላቸው ታካሚዎችን በማየት እንክብካቤ የተቀናጀ መሆኑን ያረጋግጣል።

በክልል እና/ወይም በፌደራል ህግ መሰረት፣ ለእንክብካቤ ፈቃድ ሲሰጥ፣ የጤና አጠባበቅ መረጃ በሚሰጥር ይጠበቃል። ጥቂት የማይካተቱ ነገሮች አሉ፡ ለምሳሌ፡

1. ፈቃድ በታካሚው ወይም በወላጅ/አሳዳጊ የተፈረመ የመረጃ ቅጽ በኩል ይሰጣል።
2. በሽተኛው በራሱ ወይም በሌሎች ላይ የማይቀር የመጉዳት አደጋን ያሳያል።
3. በሽተኛው ለሕይወት አስጊ የሆነ የጤና ችግር አለበት እና ከ18 ዓመት በታች ነው።
4. ስድብን ወይም ችላ ማለትን ለመጠራጠር ምክንያት አለ።
5. አንዳንድ ተላላፊ በሽታዎች ለህዝብ ጤና ባለስልጣናት ሪፖርት መደረግ አለባቸው።

ከላይ ለተጠቀሰው ተማሪ የተሻለውን እንክብካቤ ለመስጠት በአእምሮ ጤና ሐኪም፣ በነርስ ሐኪም ወይም በሐኪም ረዳት እና በትምህርት ቤቱ ነርስ መካከል የመረጃ ልውውጥን ጨምሮ በSBHC ውስጥ ካሉ የጤና አጠባበቅ አቅራቢዎች ጋር አስፈላጊውን መረጃ ለማካፈል ስምምነት ተሰጥቷል። የእንክብካቤ ማስተባበርን ለማመቻቸት፣ የተማሪው የSBHC የህክምና መዝገብን በSBHC ላይ የCHC ሰራተኞች ተደራሽ ይሆናል። በSBHC የሕክምና አቅራቢው በታዘዘው መሠረት ለት/ቤቱ ነርስ ያለሐኪም የሚገዙ መድኃኒቶችን (ለምሳሌ Ibuprofen፣ Tylenol፣ Tums፣ ወዘተ) እንዲሰጥ ፈቃድ ተሰጥቷል።

ተማሪዎች በማንኛውም የCHC የህክምና ወይም የጥርስ ህክምና ክሊኒኮች በተናጥል የጤና አገልግሎቶችን ሊያገኙ ይችላሉ። በዚህ ስምምነት፣ በማንኛውም የSnohomish County (ስፍሆሚሽ ካውንቲ) የሕክምና እና የጥርስ ክሊኒክ ውስጥ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላል። የክሊኒክ ቦታዎችን ዝርዝር ለማየት፣ እገዛዎን በ chcsno.org ድህረ-ገጻችንን ይጎብኙ። ቀጠሮ ለመያዝ፣ CHC በ 425-789-3789 ይደውሉ

ተማሪው በCHC SBHC ትምህርት ቤት ውስጥ በሚመዘገብበት ጊዜ ላለው የጊዜ ርዝመት ወይም በሌላ የCHC ክሊኒክ አገልግሎት በሚሰጥበት ጊዜ ላለው የጊዜ ርዝመት በCHC ለሚሰጡት አገልግሎቶች ፈቃድ ተፈቅዶለታል። ይህንን ስምምነት መሰረዝ በማንኛውም ጊዜ ለ SBHC በመጻፍ ሊከናወን ይችላል።

የተማሪው ፊርማ፡ (ለ13 እና ከዚያ በላይ የሚፈለግ)	ቀን፡ / /
የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ፡	ቀን፡ /
በህጋዊ ኃላፊነት የሚሰማው አሳዳጊ ስም (አትም)፡	ዝምድና፡

በትንሽ ፈቃድ ላይ አስፈላጊ ተጨማሪ መረጃ

በWashington ግዛት ህግ መሰረት፣ SBHC አስፈላጊ ከሆነ ተማሪዎችን የውጭ እንክብካቤ እንዲያገኙ ያግዛል እናም ይረዳል። በWashington ግዛት ህግ መሰረት፣ ወጣቶች ያለ ወላጅ/አሳዳጊ ፍቃድ በማንኛውም እድሜ የስነ ተዋልዶ ጤና አገልግሎትን በነፃ ማግኘት ይችላሉ። ወጣቶች (ዕድሜያቸው 13 እና ከዚያ በላይ) ያለ ወላጅ/አሳዳጊ ፈቃድ የአደንዛዥ ዕዕ እና የአልኮል አገልግሎቶችን እና የአእምሮ ጤና ምክርን በተናጥል ሊያገኙ ይችላሉ። SBHC ተማሪዎች በተቻለ መጠን ወላጆቻቸውን ወይም አሳዳጊዎቻቸውን በጤና እንክብካቤ ውሳኔዎች እንዲሳተፉ ያበረታታል። አስፈላጊ ሆኖ ሲገኝ፣ SBHC ተማሪው ስለነዚህ ሁኔታዎች ከወላጆች/አሳዳጊዎች ጋር እንዲወያይ ይረዳል።
 ወጣቶች ለህክምና ፈቃድ መስጠት በመቻላቸው ስለ እርግዝና እና በግብረ ሥጋ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎች (የHIV/AIDS ምርመራን ጨምሮ) መረጃ ለመልቀቅ ፈቃዳቸው በህጋዊ መንገድ ይጠየቃሉ። ዕድሜያቸው 13 እና ከዚያ በላይ የሆኑ ተማሪዎች፣ እና ወላጅ/አሳዳጊ ዕድሜያቸው 12 እና ከዚያ በታች ለሆኑ ተማሪዎች ፈቃድ ስለ አልኮል እና አደንዛዥ ዕዕ ወይም የአእምሮ ጤና ምክር መረጃ ለመልቀቅ በህጋዊ መንገድ ይጠየቃል። ለእነሰተኛ ስምምነት ተጨማሪ መረጃ ለማግኘት፣ www.washingtonlawhelp.org ይጎብኙ እና “እነሰተኛ ስምምነት”ን ይፈልጉ።

ትምህርት ቤት ላይ የተመሰረተ የጤና ማዕከል
የጥርስ ህክምና ፈቃድ

☑ ለጤና ማእከል ምዝገባ ያስፈልጋል
እባክዎ ለጤና ማእከል ምዝገባ የሚያስፈልጉትን ቅጾች በሙሉ ይሙሉ እና ይመልሱ



ት/ቤት:	ክፍል #:	MRN: (ለአስተዳደራዊ አጠቃቀም)
<p>ውድ ወላጅ ወይም አሳዳጊ:</p> <p>ስለልጅዎ የጥርስ ጤንነት ለማሳወቅ በልጅዎ ትምህርት ቤት የጥርስ ህክምና አገልግሎቶችን እየሰጠን ነው። አገልግሎቶቹ ለእርስዎ ምንም የኪስ ወጪ የላቸውም። ልጆችህን እኛን እንድናክመው ከተሰማሙ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ተማሪዎች በአካል ለመማር ሲመለሱ የጥርስ ህክምና ከቆመበት ይቀጥላል። • የጥርስ ህክምና አቅራቢ ከፈለጉ፣ መረጃን ልንሰጥዎ ወይም የጥርስ ህክምና ቀጠሮ ከፈለጉ ለእርስዎ ቀጠሮ ለመያዝ ይሰጥዎታል። • የልጅዎን ውጤቶች ቅጂ እንልክልዎታለን። ይህ መረጃ ለልጅዎ ትምህርት ቤት ሊጋራ ይችላል። • ስለ ልጅዎ የጥርስ ህክምና ፍላጎቶች እርስዎን ማግኘት ከፈለግን በስልክዎ ላይ መልእክት ልናስቀምጥ እንችላለን። 		<p>ምን ዓይነት ሕክምና ነው የምናቀርብዎት?</p> <ul style="list-style-type: none"> • አጠቃላይ ምርመራዎች • ተመላሽ የሚደረጉ የጥርስ ህክምናዎች • የአደጋ ጊዜ እና ውስን ምርመራዎች • የጥርስ ማጽዳት (ፕሮፊ) • ሲላንትስ • ፍሎራይድ • ራጅ

ወላጆች ወይም አሳዳጊዎች፣ እባክዎን ከዚህ በታች ያለውን መረጃ ይሙሉ እና የቅጹን ታች ይፈርሙ።

የተማሪው ስም:

የመጀመሪያ ስም	የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል	የአያት ስም	የትውልድ ቀን / /
የተማሪ ጾታ: <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> X			

የወላጅ/ ህጋዊ አሳዳጊ ስም

የመጀመሪያ	የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል	የመጨረሻ	የትውልድ ቀን / /
አድራሻ:	ከተማ:	ZIP:	

ስልክ #:

አስፈላጊ በሚሆንበት ጊዜ የጥርስ ራጅ ለመውሰድ ፈቃድ ተሰጥቷል። አይ ጆ አዎ

ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ መገናኘትን ይመርጧሉ?	<input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ	አዎ ከሆነ፣ በምን ቋንቋ?
የልጅዎን የጥርስ ህክምና ግምገማ ውጤት እንዴት መቀበል ይፈልጋሉ?	<input type="checkbox"/> እባክዎ ልጄን ወደ ቤት እንዲወስዱ ትምህርት ቤት ስጧቸው። <input type="checkbox"/> እባክዎን ከላይ በተጠቀሰው አድራሻ ይላኩላቸው።	
ልጅዎ የጥርስ ህክምና ለመጨረሻ ጊዜ ያየው መቼ ነበር?	<input type="checkbox"/> ከ6 ወር ባነሰ ጊዜ በፊት <input type="checkbox"/> ከ1 አመት ባነሰ ጊዜ በፊት <input type="checkbox"/> ፈጽሞ	<input type="checkbox"/> ከ2 አመት ባነሰ ጊዜ በፊት <input type="checkbox"/> ከ2 አመት በላይ
ልጅዎ መደበኛ የጥርስ ህክምና አለው?	<input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ	አዎ ከሆነ፣ የት?
ለልጅዎ የጥርስ ህክምና ለማግኘት እርዳታ ይፈልጋሉ?	<input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ	

ይህ ፕሮግራም ለእርስዎ ያለ ምንም ወጪ ነው፣ ነገር ግን የጥርስ ህክምና መድን ኩባንያዎ ለአገልግሎቶች ክፍያ ሊጠየቅ ይችላል። በጣም ወቅታዊ መረጃ እንዳለን ለማረጋገጥ እባክዎ የዚህን ቅጽ መረጃ ክፍል ይሙሉ። የሕዝብ መድን ዕቅዶች በአጠቃላይ የአገልግሎቱን ሙሉ ክፍያ ይሸፍናሉ። ማንኛውም ወጪዎች በመድን ካልተሸፈኑ፣ በእርዳታ ይሸፈናሉ። በፕሮግራሙ ውስጥ ለሚሳተፍ ማንኛውም ተማሪ ወይም ቤተሰብ ምንም ከኪስ ውጭ ወጪ አይጠየቅም።

እባክዎ የእርስዎን የአጥል ጤና ወይም ሌላ የጥርስ መድን መረጃ ከዚህ በታች ይዘርዝሩ፡-

ጥርስ መድን ስም:	
የተመዘጋቢ ስም	
ዝምድና:	የተምዘጋቢ የትውልድ ቀን: / /

ይህን ቅጽ በመፈረም ለጥርስ ህክምና ተስማምተዋል

የወላጅ ወይም አሳዳጊ ፊርማ	ቀን
-------------------	----



የግላዊነት ሂደቶች ማሳወቂያ

ይህ ማሳወቂያ በሜይ 23, 2013 ተግባራዊ ይሆናል

የእርስዎን የግል መረጃ ደህንነት እና ምስጢራዊነት ለማረጋገጥ ፕሮቶኮሎችን እንጠብቃለን። በህንጻችን ውስጥ አካላዊ ደህንነት አለን፣ የውሃብ ጎታዎችን ለመጠበቅ የይለፍ ቃሎች፣ የክትትል ኦዲቶች እና የቫይረስ/የጥቃቅን ማወቂያ ሶፍትዌር አለን። በእኛ ልምምድ ውስጥ፣ የእርስዎን መረጃ ማግኘት ስራቸውን ለማከናወን ለሚፈልጉት ብቻ የተገደበ ነው።

Community Health Center of Snohomish County (የስኖሞሚሽ ካውንቲ የማህበረሰብ ጤና ማእከል) ስለእርስዎ የተጠበቀ የጤና መረጃን በሃላፊነት ለመንከባከብ እና ለመጠቀም ቁርጠኛ ነው። ይህ የግላዊነት ፖሊሲዎች ማስታወቂያ የምንሰበሰበውን ግላዊ መረጃ፣ እና እንዴት እና መቼ እንደምንጠቀም ወይም እንደምንገልጥ ይገልጻል። እንዲሁም መብቶችዎን ከተጠበቀው የጤና መረጃ ጋር በተገናኘ መልኩ ይገልጻል። ይህ ማስታወቂያ ከሜይ 23 ቀን 2013 ተግባራዊ ይሆናል፣ እና በፌዴራል ደንቦች በተገለጸው መሰረት ሁሉንም የተጠበቁ የጤና መረጃዎችን ይመለከታል።

ይህ ማስታወቂያ ስለ እርስዎ የጤና መረጃ እንዴት ጥቅም ላይ እንደሚውል እና እንደሚገለጥ እና ይህን መረጃ እንዴት ማግኘት እንደሚችሉ ይገልጻል። እባክዎን በጥንቃቄ ይገምግሙት።

የእኛ ቃል ለእርስዎ፣ የእኛ ታካሚዎች፡ የእርስዎ መረጃ አስፈላጊ እና ምስጢራዊ ነው። የእኛ ሥነ-ምግባር እና ፖሊሲዎች የእርስዎ መረጃ በጥብቅ ምስጢራዊነት እንዲያዝ ይጠበቅብናል።

እኛ የእርስዎን የጤና መረጃ ግላዊነት እንድንጠብቅ በህግ ይጠበቅብናል። ስለ እኛ ግላዊነት ሂደቶች፣ ህጋዊ ግዴታዎች፣ እና የእርስዎን የጤና መረጃ በሚመለከት መብቶችዎን (“የተጠበቀ የጤና መረጃ” ወይም “PHI”) ይህን ማሳወቂያ እንድንሰጠዎ ይጠበቅብናል። እኛ በዚህ ማሳወቂያ (ከጌዜ ወደ ጌዜ ሊሻሻል ይችላል) የተገደቡን የግላዊነት ሂደቶችን መከተል አለብን።

ስለ ግላዊነት ተግባሮቻችን ወይም ለተጨማሪ የዚህ ማስታወቂያ ቅጂዎች ተጨማሪ መረጃ ለማግኘት እባክዎ በዚህ ማስታወቂያ መጨረሻ ላይ የተዘረዘሩትን መረጃዎች በመጠቀም ያግኙን።

ማሳወቂያ የማግኘት መብት፡፡ በማንኛውም ጊዜ ለ Community Health Center of Snohomish County (የስኖሞሚሽ ካውንቲ የማህበረሰብ ጤና ማዕከል) 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208 ጥያቄ በማቅረብ የዚህን ማስታወቂያ የወረቀት ቅጂ የማግኘት መብት አለዎት።

የአንድ ጥሰት ማሳወቂያ የማግኘት መብት፡፡ የእርስዎ PHI ያለመጠበቅ ጥሰት ስናገኝ የፌዴራል ህግ በሚጠበቀው መሰረት ለእርስዎ እንድናሳውቅ ይጠበቅብናል።

ጥያቄዎች ወይም ቅሬታዎች፡ ስለ እርስዎ የግላዊነት መብቶች ተጨማሪ መረጃ ከፈለጉ፣ ወይም የእርስዎን የግላዊነት መብቶች እንደጣሰን የሚያስስብዎት ከሆነ፣ የእኛን የቅሬታ ሰሚ ቢሮ ግላዊ መስመር መገናኘት ይችላሉ 1425-789-3774። ለ የአሜሪካ የጤና እና ሰብዓዊ አገልግሎቶች የሲቪል መብቶች ቢሮ ዳይሬክተር የጸሁፍ ቅሬታ ማስገባት ደግሞ ይችላሉ። ከዳይሬክተር ወይም ከእኛ ቢሮ ዘንድ ቅሬታ ስለሰጡ እኛ እርስዎን አንበቃለን። የእርስዎ የግላዊነት መብቶች እንደተጣሰብዎ የሚያምኑ ከሆነ፣ እኛ ቢሮ ዘንድ ወይም የአሜሪካ የጤና እና ሰብዓዊ አገልግሎቶች የሲቪል መብቶች ቢሮ (OCR) ቅሬታ ሊያስገቡ ይችላሉ። በእኛ ልምድ ወይም OCR ዘንድ ቅሬታ ስለሰጡ ምንም አይነት ብቀላ አይኖርም። የ OCR የዋሽንግተን ክልልዊ ቢሮ አድራሻ እንደሚከተለው ነው፡-

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

ለውጦች በዚህ ማሳወቂያ፡ የዚህን ማሳወቂያ ሁኔታዎችን ልንለውጥ እንችላለን። ይህን ማሳወቂያ ከለወጥን፣ የአዲሱን ማሳወቂያ ሁኔታዎች እኛ በምንጠብቃቸው ሁሉም PHI፣ አዲሱን ማሳወቂያ ከመሰጠቱ አስቀድሞ የተቀበሉትን ወይም የተፈጠሩትን ማንኛቸውም መረጃዎች አክሎ የሚጸና ልናደርግ እንችላለን። ይህን ማስታወቂያ ከለወጥን፣ የተሻሻለውን ማስታወቂያ በቢሮአችን መጠበቂያ ቦታ እና በድህረ-ገጻችን www.chcsno.org ላይ እንለጥፋለን። Community Health Center of Snohomish County (እንዲሁም የስኖሞሚሽ ካውንቲ የማህበረሰብ ጤና ማእከል) በፖስታ በ8609 Evergreen Way፣ Everett, WA 98208 በማነጋገር ማንኛውንም የተሻሻሉ ማሳወቂያዎችን ማግኘት ይችላሉ።