

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG UNM
BIỂU MẪU ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH/HỌC SINH
NĂM HỌC 2022-2023

Họ của Học sinh: _____ Tên: _____ Nam Nữ Lớp: _____

Tuổi: _____ Ngày sinh: _____ Mã số ID Học sinh: _____ Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____ Mã Bưu chính: _____

Trường: _____ Tên phụ huynh/Người giám hộ: _____

Sắc tộc: Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh? Có Không

Chủng tộc: Thổ dân Mỹ hoặc Thổ dân Alaska Da trắng/Anglo Châu Á Da đen, Người Mỹ gốc Phi
 Thổ dân Hawaii hoặc Gốc Đảo Thái Bình Dương khác Chưa biết Khác (hãy nêu rõ): _____

Ngôn ngữ ưu tiên: _____

Công ty bảo hiểm của quý vị có thể nhận được hóa đơn cho dịch vụ này. Học sinh cần được chăm sóc sẽ không bị từ chối dịch vụ chỉ vì thiếu bảo hiểm y tế/khả năng chi trả.

Vui lòng liệt kê thông tin bảo hiểm của học sinh: Medicaid/Loại: _____
 Thương mại/Loại: _____
 KHÔNG CÓ

Học sinh có Bác Sĩ Chăm Sóc Chính không:
 Có Không Tên: _____ Điện thoại: _____ Fax: _____

Dị ứng đã biết CÓ KHÔNG Nếu có, hãy giải thích: _____

Học sinh đi nha sĩ làm sạch răng (Vui lòng khoanh tròn lựa chọn phù hợp): mỗi sáu tháng, mỗi năm một lần, hay không đi

Tôi cho phép con tôi nhận các dịch vụ của SBHC (Trung Tâm Y Tế Tại Trường); có thể bao gồm dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi, quản lý trường hợp và/hoặc chăm sóc nha khoa và cho phép nhân viên SBHC truy cập lịch học của con tôi (chỉ cho mục đích sắp xếp lịch hẹn) cũng như yêu cầu và nhận thông tin từ y tá nhà trường về bệnh sử của con tôi. Điều này bao gồm cho phép nhân viên SBHC tham vấn với và cung cấp thông tin cũng như hồ sơ cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe tâm thần, nha khoa khác bao gồm các chuyên gia y tế học đường và cho mục đích đánh giá chương trình cũng như đảm bảo chất lượng. Bản sao Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư HIPAA sẽ được cung cấp khi có yêu cầu. Tôi đã nhận một tờ bản tin phát tay "Những Điều Quý vị Cần Biết Về Dịch vụ Khám bệnh Từ Xa", và tôi hiểu rằng một số dịch vụ của phòng khám tại trường học có thể sẽ được cung cấp thông qua dịch vụ khám bệnh từ xa.

Tôi không cho phép con tôi nhận các dịch vụ của SBHC*
 *Luật pháp New Mexico không yêu cầu phải có sự đồng ý của phụ huynh đối với một số biện pháp điều trị và dịch vụ theo các luật; § 24-1-13.1 NMSA 1978, § 24-1-9 NMSA 1978, § 24-8-5 NMSA 1978, §24-10-2 NMSA 1978, §32A-6A-14, 15 NMSA 1978, §24-7A-6.2 NMSA 1978

Chữ ký của Phụ huynh/Người Giám hộ _____ Số Điện thoại Ban Ngày _____ Ngày _____

Tên Người Liên hệ trong Trường hợp Khẩn cấp & Mối Quan hệ _____ Số Điện thoại Ban Ngày _____

Chữ ký của Học sinh (18 tuổi trở lên) _____ Số Điện thoại Ban Ngày _____ Ngày _____

Official use only: Exam Fall/Spring Prophy Fall/Spring

Đã xem xét Aug 2020