

**JEFFERSON PARISH SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS**  
**Enrollment/Consent Annual Update**  
**Ghi danh/Chấp thuận Cập nhật Thông tin hàng năm**

Chào mừng học sinh trở lại trường học! Vui lòng hoàn thành và gửi lại biểu mẫu này để cập nhật hồ sơ y tế của con quý vị và gia hạn sự cho phép của quý vị để con em quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ tại Trung tâm Y tế tại Trường học.  
**Vui lòng hoàn thành mẫu đơn bằng mực Xanh hoặc Đen.**

Tên học sinh: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Lớp: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố/State/Zip: \_\_\_\_\_

Học sinhEmail: \_\_\_\_\_ Điện thoại học sinh: \_\_\_\_\_

Số An ninh xã hội của học sinh: \_\_\_\_\_

Tên Phụ huynh/Giám hộ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: (cầm tay) \_\_\_\_\_ (cơ quan) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tên Phụ huynh/Giám hộ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: (cầm tay) \_\_\_\_\_ (cơ quan) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tên trường hợp khẩn cấp: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên Bác sĩ/Medical Clinic: \_\_\_\_\_

Có bất kỳ thay đổi nào đối với **phạm vi bảo hiểm** của con quý vị kể từ năm đã qua?  Có  Không

Nếu Có, vui lòng viết ra: \_\_\_\_\_

*VUI LÒNG ĐÍNH KÈM BẢN SAO THẺ BẢO HIỂM (TRƯỚC & LẠI)*

Con quý vị có dùng bất kỳ **loại thuốc** hàng ngày nào không?  CÓ  KHÔNG

Nếu Có, tên thuốc là gì và kiểu lượng: \_\_\_\_\_

Con em quý vị có **bị dị ứng?**  CÓ  KHÔNG

Viết tên loại dị ứng: \_\_\_\_\_

Con quý vị có được bác sĩ điều trị tại **phòng cấp cứu** hoặc văn phòng của bác sĩ vì một căn bệnh nghiêm trọng hoặc chấn thương trong kỳ nghỉ hè không?  CÓ  KHÔNG

Liệt kê những thay đổi trong lịch sử y tế gia đình trong năm qua. \_\_\_\_\_

Chúng tôi (học sinh và phụ huynh/người giám hộ) đã đọc và hiểu các dịch vụ được cung cấp tại trung tâm y tế tại trường học. Học sinh này có thể tiếp tục nhận được các dịch vụ được cung cấp bởi Trung tâm Y tế Trường học thuộc quận Jefferson. Mẫu đơn Ghi danh/Chấp thuận ban đầu không bị ảnh hưởng và sẽ tiếp tục có hiệu lực theo các điều khoản của nó.

Chúng tôi hiểu rằng SBHC có thể tham gia vào một hoặc nhiều Trao đổi thông tin sức khỏe (HIE), theo đó trung tâm có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi đồng ý tiết lộ hồ sơ của SBHC vào HIEs.

Một bản sao của Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của Trung tâm Y tế Trường học thuộc quận Jefferson được cung cấp theo yêu cầu tại SBHC.

Chúng tôi hiểu rằng Văn phòng Y tế Công cộng ("OPH"), Chương trình Sức khỏe Học đường Vị thành niên giám sát SBHC và, như một phần của chương trình đó; SBHC phải cung cấp thông tin cho OPH. Do đó, chúng tôi đồng ý tiết lộ thông tin SBHC cho OPH, hoặc đại lý của OPH, liên quan đến hoạt động, tài trợ và giám sát liên tục của các Trung tâm Y tế tại Trường học. Chúng tôi nhận thấy rằng thông tin mà OPH cần có thể được tổng hợp thông qua HIE và đồng ý tiết lộ thông tin cho HIE cho mục đích đó.

Viết tên của Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_ Liên hệ \_\_\_\_\_

Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Sự đồng ý này có thể được rút lại hoặc sửa đổi bất cứ lúc nào với yêu cầu bằng văn bản của phụ huynh/người giám hộ và học sinh đối với thực thể được đề cập ở trên. Một bản sao của tài liệu này sẽ được cung cấp cho phụ huynh hoặc người giám hộ theo yêu cầu.