

Trường Công lập Brockton
Phiếu Thông tin Khẩn cấp Bảo mật của Học sinh
(Phải điền vào tất cả thông tin-Không được để trống)

Họ & tên học sinh: Ngày sinh: Lớp:
Lớp chủ nhiệm/Giáo viên ID Học sinh/Mã bữa trưa: Nhà (BHS):
Địa chỉ nhà/Thành phố:

1. Cha mẹ/Người giám hộ: Mối quan hệ với học sinh

Điện thoại nhà: Điện thoại di động: Điện thoại công ty: Email:

2. Cha mẹ/Người giám hộ: Mối quan hệ với học sinh

Điện thoại nhà: Điện thoại di động: Điện thoại công ty: Email:

3. Thông tin liên hệ khẩn cấp bổ sung (trong nước nếu có)

1. Người liên hệ: Điện thoại nhà: Điện thoại di động: Điện thoại công ty:

2. Người liên hệ: Điện thoại nhà: Điện thoại di động: Điện thoại công ty:

****Vui lòng cho biết nếu có bất kỳ sự hạn chế nào đối với phụ huynh (lệnh cấm đang có hiệu lực):**

Các Điều luật 102 CMR 7.07, 105 CMR 220 và CMR 200 của Tiểu bang Massachusetts yêu cầu tất cả học sinh từ lớp Tiên mẫu giáo (Pre-K) đến lớp 12 phải được tiêm chủng đầy đủ và được khám sức khỏe khi nhập học và sau đó là mỗi 3 năm một lần. Vui lòng cung cấp các thông tin được yêu cầu cho Y tá Trường học của bạn.

Tình trạng y tế hoặc sức khỏe tâm thần/Dị ứng: (Nếu không có tình trạng y tế/sức khỏe tâm thần, hãy ghi N/A)

Tình trạng:

Dị ứng:

Công cụ/thiết bị hỗ trợ:

Thuốc (thuốc dùng tại nhà; và thuốc dùng tại trường)

Bác sĩ Chăm sóc Chính: (Không được để trống, ghi N/A nếu không có Bác sĩ Chăm sóc Chính)

Tên của bác sĩ:

Số điện thoại của bác sĩ:

Địa chỉ của bác sĩ:

Bảo hiểm Y tế: (Không được để trống, ghi N/A nếu không có bảo hiểm y tế)

Nhà cung cấp bảo hiểm:

Số hợp đồng bảo hiểm

Vui lòng thông báo cho y tá trường học biết nếu bạn cần hỗ trợ để có được Bác sĩ Chăm sóc Chính hoặc Bảo hiểm Y tế

THỎA THUẬN CHẤP THUẬN: Vui lòng truy cập vào: bpsma.org/departments/health-services; để xem đầy đủ thông tin của những tài liệu sau: Thông tin chia sẻ với y tá, Y lệnh hiện tại của bác sĩ; Thuốc/điều trị kê đơn, Thỏa thuận Mass Health (Bản tóm tắt ở trang sau)

THÔNG TIN CHIA SẺ VỚI Y TÁ

Tôi cho phép Y tá Trường học chia sẻ thông tin y tế với nhân viên phù hợp của nhà trường và liên hệ với bác sĩ của con tôi khi cần thiết

(VUI LÒNG ĐỌC TRANG TIẾP THEO)

Y LỆNH HIỆN TẠI

Tôi cho phép Y tá Trường học cho dùng các loại thuốc sau đây theo chỉ định từ Bác sĩ của Trường Công lập Brockton:

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Tylenol để giảm đau hoặc hạ sốt | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 2. Kem hoặc thuốc mỡ Cortisone để điều trị phát ban | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 3. Benadryl để điều trị các dấu hiệu và triệu chứng ngứa/dị ứng | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 4. Kem kháng sinh Triple Antibiotic dùng cho vết cắt nhỏ và trầy xước | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 5. Kem chống nắng có tối thiểu 15 SPF (do phụ huynh cung cấp) | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 6. Ống tiêm EpiPen dành cho trường hợp sốc phản vệ không rõ nguyên nhân | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 7. Thuốc uống Anbesol dùng để điều trị đau miệng/đau răng | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 8. Thuốc Albuterol Sulfate để điều trị hen suyễn | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 9. Thuốc Tums để điều trị đau dạ dày và hoặc ợ nóng | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |
| 10. Thuốc Narcan để điều trị cho tình trạng dùng thuốc quá liều | <input type="checkbox"/> Đồng ý | <input type="checkbox"/> Không đồng ý |

THUỐC/ĐIỀU TRỊ KÊ ĐƠN

Tôi cho phép Y tá Trường học cho dùng bất kỳ loại thuốc hoặc điều trị nào được bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ y khoa kê đơn và đã nhận được y lệnh chính thức.

CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH ĐỐI VỚI VIỆC TIẾP CẬN CÁC PHÚC LỢI MASSHEALTH (MEDICAID) (Đây là bản tóm tắt)

Học khu đang xin phép nhận sự đồng ý/chấp thuận của bạn để chia sẻ thông tin về (các) con của bạn với MassHealth (**Thỏa thuận Mass Health**). Thông tin chúng tôi sẽ chia sẻ là ID MassHealth, họ & tên, ngày sinh, giới tính, loại dịch vụ được cung cấp, thời điểm dịch vụ được cung cấp và người cung cấp dịch vụ.

Các học khu tại Massachusetts được phê duyệt để nhận khoản bồi hoàn một phần từ MassHealth cho các chi phí dịch vụ liên quan đến y tế do học khu cung cấp cho (các) con của bạn.

Với sự cho phép của bạn, học khu sẽ có thể yêu cầu hoàn trả một phần cho các dịch vụ do MassHealth cung cấp.

Học khu không thể chia sẻ với MassHealth thông tin về con bạn khi chưa có sự cho phép của bạn.

- Học khu không thể yêu cầu bạn đăng ký MassHealth để con bạn nhận các dịch vụ liên quan đến y tế và/hoặc giáo dục đặc biệt mà con bạn đủ điều kiện được hưởng.
- Học khu không thể yêu cầu bạn thanh toán bất kỳ khoản chi phí nào cho các dịch vụ liên quan đến y tế và/hoặc giáo dục đặc biệt của con bạn. Học khu không thể yêu cầu bạn thanh toán khoản đồng chi trả hoặc khoản khấu trừ để học khu có thể tính phí cho MassHealth đối với các dịch vụ được cung cấp.
- Nếu bạn cho phép học khu chia sẻ thông tin và yêu cầu nhận bồi hoàn từ MassHealth:
 - Điều này sẽ không ảnh hưởng đến việc bảo hiểm trọn đời hiện tại của con bạn hoặc các phúc lợi MassHealth khác bên ngoài trường học
 - Sự cho phép của bạn sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ giáo dục đặc biệt hoặc các quyền liên quan đến Chương trình Giáo dục Cá nhân (IEP) của con bạn.
 - Sự cho phép của bạn sẽ không dẫn đến bất kỳ thay đổi nào với các quyền liên quan đến MassHealth của con bạn.
 - Sự cho phép của bạn sẽ không dẫn đến bất kỳ nguy cơ mất khả năng hội đủ điều kiện để tham gia các chương trình khác do Medicaid hoặc MassHealth tài trợ.

Bạn có quyền thay đổi quyết định và rút lại sự cho phép của mình bất cứ lúc nào (VUI LÒNG XEM TÀI LIỆU ĐẦY ĐỦ TRÊN TRANG WEB CỦA BPS): www.bpsma.org/departments/health-services; Thỏa thuận Chấp thuận

Tôi đã đọc và xem xét các thỏa thuận chấp thuận sau và cho phép những điều sau đây: (Phải trả lời Đồng ý hoặc Không đồng ý)

<u>Thông tin chia sẻ với y tá:</u>	<input type="checkbox"/> Đồng ý	<input type="checkbox"/> Không đồng ý
<u>Y lệnh hiện tại: (Xem ở trên)</u>	<input type="checkbox"/> Đồng ý	<input type="checkbox"/> Không đồng ý
<u>Thuốc/điều trị kê đơn:</u>	<input type="checkbox"/> Đồng ý	<input type="checkbox"/> Không đồng ý
<u>Thỏa thuận Mass Health:</u>	<input type="checkbox"/> Đồng ý	<input type="checkbox"/> Không đồng ý

Chữ ký của cha mẹ/Người giám hộ _____ Ngày: