



STUDENT SUPPORT UNIT
JEFFERSON PARISH SCHOOLS
822 S. Clearview Parkway
Harahan, La 70123

Dr. James Gray
Superintendent

Ajit "AJ" Pethe
Chief of Schools

Sức khỏe Hành vi
chỉ chăm sóc

Chateau Estates School
4121 Medoc Drive
Kenner, LA 70065
Phone: 504-303-7018

Douglass School
1400 Huey P. Long Ave.
Gretna, LA 70053
Phone: 504-371-4651

**East Jefferson
High School**
400 Phlox Street
Metairie, La 70001
Phone: 504-457-5238

Haynes Academy 4301
Grace King Place
Metairie, La 70002
Phone: 504-561-3571

Strehle School
178 Millie Drive
Avondale, La 70094
Phone: 504-437-7920

Dành cho gia đình có học sinh theo học tại các trường sau:

Chateau Estates School, Douglass Community School, East Jefferson High School, Haynes Academy & Strehle Community School

Phụ huynh/ Giám hộ thân mến:

Chúng tôi vui mừng thông báo rằng các Trung tâm Y tế tại Trường học của chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ Sức khỏe Hành vi tại năm địa điểm. Nhân viên sức khỏe hành vi được cấp phép của chúng tôi sẽ có mặt tại trường để điều trị cho con quý vị về bất kỳ vấn đề sức khỏe hành vi nào có thể phát sinh ở trường. Mỗi trường đều có một chuyên gia sức khỏe tâm thần có mặt trong giờ học thông thường; chuyên gia sức khỏe tâm thần có mặt để cung cấp các đánh giá, giáo dục và tư vấn khi cần thiết. Chúng tôi cũng sẽ có các dịch vụ tâm thần theo lịch hẹn.

Hiện tại, chúng tôi **không** có dịch vụ y tế tại chỗ tại Trường Chateau Estates, Trường Community Douglass, Trường Trung học East Jefferson, Academy Haynes hoặc Trường Community Strehle. Học sinh đã ghi danh tại các địa điểm này **sẽ có thể tiếp cận các dịch vụ y tế** tại một trong các địa điểm của đối tác của chúng tôi Access Health Louisiana nếu cần.

Các dịch vụ này không tính phí cá nhân cho gia đình hoặc sinh viên bất kể tình trạng bảo hiểm và không nhằm mục đích thay thế nhà cung cấp của quý vị.

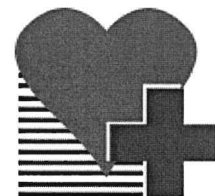
Mục đích của Trung tâm Y tế là để giữ học sinh ở lại trường và cho phép phụ huynh ở lại làm việc. Các Trung tâm Y tế có ở nhiều trường học trên toàn tiểu bang và đã cung cấp dịch vụ thành công cho học sinh trong hơn 20 năm.

Vui lòng điền cẩn thận vào mẫu đơn chấp thuận đính kèm nếu quý vị muốn tận phòng khám dành phục vụ cho con em mình. Cha mẹ hoặc người giám hộ phải là người viết tên và ký tên của họ vào mẫu đơn chấp thuận. **Con của quý vị không thể được phục vụ tại Trung tâm Y tế mà không có mẫu đơn chấp thuận hoàn chỉnh.** Nếu mẫu đơn đồng ý không đầy đủ thông tin, nó sẽ được trả lại để hoàn tất. Mẫu đơn chấp thuận sẽ có hiệu lực trong suốt thời gian con quý vị ghi danh vào Trường học quận Jefferson tại một trường được phục vụ bởi các Trung tâm Y tế tại Trường của JPS. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị mẫu đơn này vào mỗi năm học để cập nhật thông tin quan trọng.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin vui lòng gọi cho Trung tâm Y tế hoặc liên hệ trực tiếp với tôi.

Miriam Paiz-Wahl

Miriam Paiz-Wahl, LCSW-BACS
Coordinator of School Based Health Centers
Email: Miriam.Paiz-Wahl@jpschools.org
Website: jpschools.org/SBHC
(504) 736-7356 (office)



Jefferson Parish School Based Health Center

CONSENT & ENROLLMENT FORM

TÊN TRƯỜNG: _____ LỚP: _____

TÊN HỌC SINH: _____
Họ Tên tên lót

Ngày Sinh của học sinh: _____ Tuổi _____ Phái tính của học sinh: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Zip: _____

NGÔN NGỮ THƯỜNG DÙNG: _____ English _____ Spanish _____ French _____ Other

SẮC DÂN: _____ White _____ Black/African American _____ Asian _____ American Indian/Alaska Native _____ Native Hawaiian/Pacific Islander
_____ Lai nhiều hơn 1 sắc dân DÂN TỘC: _____ Hispanic or Latino _____ Non-Hispanic or Latino LIÊN

LẠC KHẨN CẤP:

Phụ huynh/Giám hộ 1: _____ Liên hệ: _____ Điện thoại: _____; _____

(Nhà/Cầm tay) (Cơ quan)

Phụ huynh/Giám hộ 2: _____ Liên hệ: _____ Điện thoại: _____; _____

(Nhà/Cầm tay) (Cơ quan)

Liên Lạc Khẩn cấp: _____ Liên hệ: _____ Điện thoại: _____; _____

(Nhà/Cầm tay) (Cơ quan)

Email để truy cập công thông tin dành cho phụ huynh: _____

BẢO HIỂM: ☐ Medicaid ☐ Commercial (Private) Insurance ☐ No Insurance

Tên Cơ quan của hãng Bảo hiểm: _____

Insurance/Medicaid Policy ID # _____

Khoanh tròn MỘT CÁI: Aetna * Healthy Blue LA * LA Healthcare Connections * United Healthcare * Humana
*AmeriHealth Caritas

Insurance/Medicaid Group # _____ Điện thoại: _____

Tên người đứng Bảo hiểm: _____ Liên hệ với học sinh _____

Ngày Sinh của người đứng tên Bảo hiểm: _____ Bảo hiểm của quý vị bị trả tiền thuốc? ☐ Có ☐ Không

Vui lòng đính kèm bản sao mặt trước và mặt sau thẻ bảo hiểm của quý vị vào đơn ghi danh các dịch vụ Y tế tại Trường học này.
Các dịch vụ được cung cấp cho học sinh mà phụ huynh không phải tự trả. Bảo hiểm/Medicaid sẽ được lập hóa đơn.

Tiệm thuốc (Tên & Địa chỉ) _____ Điện thoại: _____

Bác sĩ của học sinh: _____ Điện thoại: _____

Làm ơn đánh dấu vào nếu học sinh không có Bác sĩ ☐

Bác sĩ trị liệu hoặc bác sĩ tâm thần của học sinh: _____ Điện thoại: _____

Nha sĩ của học sinh: _____ Điện thoại: _____

Quý vị có thể sử dụng smartphone, tablet, hoặc computer? _____ Có _____ Không Quý vị có WIFI? _____ Có _____ Không

Xin lưu ý: Tất cả các thông báo về quyền riêng tư của bệnh nhân và Sự đồng ý có hiểu biết về Dịch vụ y tế từ xa đều có sẵn theo yêu cầu và được đăng trên trang trực tuyến của Trung tâm Y tế tại Trường học tại jpschools.org/SBHC

Tên học sinh:

Ngày Sinh:

TIỀN SỬ BỆNH

LỊCH SỬ BỆNH NHÂN (Vui lòng đánh dấu bất kỳ mục nào áp dụng cho bệnh sử của con quý vị)

Đánh dấu nếu Có ✓		Đánh dấu nếu Có ✓		Đánh dấu nếu Có ✓	
	ADHD		Các vấn đề về tim (e.g. Heart Murmur)		Vấn đề về lời nói
	Dị Ứng		Vấn đề thính giác		Sử dụng chất kích thích
	Thiếu máu		Huyết áp cao		Các vấn đề dạ dày
	Suyễn		Nhức đầu/Chứng đau nửa đầu		Hút thuốc
	Dị tật bẩm sinh: _____		Vấn đề về thận		Động kinh / Động kinh
	Thiếu yếu tố đông máu		Khuyết tật học tập		Thyroid Problems
	Xương/Khớp xương có vấn đề		Chấn thương lớn		Viêm amidan/Strep
	Bệnh trái Rạ(nếu không, ngày chủng ngừa)_____		Chẩn đoán Sức khỏe Tâm thần (ví dụ: trầm cảm, lo lắng): _____		UTI / Nhiễm trùng đường tiết niệu
	Tiểu đường/tiền sử tiểu đường		Bệnh hồi hộp		Vấn đề về tầm nhìn
	Chóng mặt/Ngất xỉu		Sinh non		Khác: _____
	Nhiễm trùng tai		Hụt hơi		Khác: _____

LỊCH SỬ GIA ĐÌNH (Vui lòng đánh dấu bất kỳ mục nào phù hợp với bệnh sử của gia đình quý vị)

Đánh dấu nếu Có ✓		Liên quan bộ phận nào?	Đánh dấu nếu Có ✓		Liên quan bộ phận nào?
	Nghiện rượu/Sử dụng ma túy			Rối loạn di truyền:	
	Dị ứng (côn trùng, thức ăn, thuốc,etc)			Đau tim trước 55 tuổi	
	Thiếu máu			Bệnh tim	
	Suyễn			Huyết áp cao	
	Rối loạn chảy máu			Vấn đề sức khỏe tâm thần	
	Ung thư			Danh sách: _____	
	Trầm cảm-Tự tử			Co giật	
	Bệnh tiểu đường hoặc tiền tiểu đường			Bệnh lao	
				Khác: _____	

DỊ ỨNG + THUỐC

HỌC SINH DỊ ỨNG

<u>DI ỨNG (Liệt kê thuốc, thực phẩm, côn trùng, vv dị ứng)</u>	<u>SỰ PHẢN ỨNG LẠI</u>

THUỐC HỌC SINH

<u>TÊN THUỐC</u>	<u>LIỀU LƯỢNG</u>	<u>TẦN SUẤT (Tần suất)</u>

NHẬP VIỆN & PHẪU THUẬT	✓ NẾU CÓ	NĂM HOẶC MẤY TUỔI	BỆNH VIỆN	Lý do nhập viện hoặc phẫu thuật
Con của quý vị đã bao giờ phải nhập viện vì một tình trạng y tế chưa?				
Con quý vị đã bao giờ được phẫu thuật chưa?				Cắt ruột thừa Cắt amidan và/hoặc cắt VA Sửa chữa thoát vị Chỉnh hình (loại): Phẫu thuật khác (loại):

SỨC KHỎE HÀNH VI	✓ NẾU CÓ	NẾU CÓ, XIN GIẢI THÍCH
Con trẻ có dùng thuốc điều trị chứng tăng động giảm chú ý, trầm cảm hoặc các vấn đề sức khỏe tâm thần khác không?		
Có bất kỳ vấn đề sức khỏe hành vi hoặc mối quan tâm tại thời điểm này?		
Bất kỳ nhu cầu đặc biệt nào mà chúng ta nên biết?		
Con của quý vị đã bao giờ được đưa vào bệnh viện vì tình trạng sức khỏe tâm thần chưa?		

**TRUNG TÂM Y TẾ TRÊN TRƯỜNG HỌC JEFFERSON PARISH
THUỐC KHÔNG THEO TOA**

Các loại thuốc không kê đơn* sau đây đã được bác sĩ của Trung tâm Y tế chấp thuận để sử dụng cho bạn đưa trẻ bởi Y tá đã đăng ký nếu cần:

Acetaminophen (Tylenol)	Glucose Gel or Tablets	Neosporin
Ammonia Inhalants	Guaifenesin or Guaifenesin DM	Oral Pain Relief Gel (Orajel or Anbesol)
Anti-nausea Liquid (Emetrol)	Hydrocortisone 1% Cream or Ointment	Pepto Bismol
Acid reliever for stomach (Pepcid or Zantac)	Hydrogen Peroxide	Sore Throat Lozenges
Bacitracin	Ibuprofen (Advil)	Sterile Water
Benadryl (Diphenhydramine)	Isopropyl Alcohol	Stik It Skin Adherent
Benzoin Topical	Imodium	Sudafed PE (Phenylephrine HCl 10 mg Tabs)
Betadine Solution	Loratadine (Claritin)	Tums
Caladryl Clear	Lotrimin AF	Vaseline
Calamine Lotion	Maalox	Vitamin A&D Ointment
Chloraseptic Spray	Medicine	Visine eye drops
Cough Drops	Mylanta	Zyrtec
Debrox (Ear Wax Removal Drops)	Nasal Relief Spray	
Eye Wash Solution	Natural Tears	

*Generic forms of medication may be substituted.

Tôi đồng ý rằng học sinh này có thể nhận tất cả các loại thuốc được cung cấp tại Trung tâm Y tế tại Trường ngoại trừ những điều mà tôi đã viết ở đây:

Tuyên bố Chính sách & Thủ tục:

Trung tâm Y tế tại Trường học thuộc quận Jefferson (SBHC) sẽ yêu cầu một mẫu đơn chấp thuận/ghi danh hoàn chỉnh để ghi danh học sinh cho các dịch vụ tại SBHC. Mẫu đơn chấp thuận và ghi danh đầy đủ này sẽ tốt cho học sinh miễn là các em đang theo học tại cùng một khu học chánh. SBHC có thể yêu cầu phụ huynh/người giám hộ hợp pháp điền vào mẫu đơn cập nhật hàng năm. Tất cả trẻ vị thành niên, trước khi nhận các dịch vụ, phải có mẫu chấp thuận hiện tại của cha mẹ trong hồ sơ, với các ngoại lệ sau: bệnh nhân là người độc lập hợp pháp hoặc bất kỳ ai từ 18 tuổi trở lên. Tất cả các mẫu chấp thuận của phụ huynh vẫn là một phần của hồ sơ y tế vĩnh viễn. Các mẫu chấp thuận có chữ ký đáng ngờ có thể bị từ chối theo quyết định của nhân viên SBHC. Cha mẹ hoặc người giám hộ được định nghĩa là cha mẹ đẻ hoặc cha mẹ nuôi, trong trường hợp ly hôn, cha mẹ có quyền giám hộ hợp pháp hoặc cha mẹ không có quyền giám hộ nếu người kia không có mặt. Nếu không có lệnh của tòa án, một trong hai phụ huynh có thể đồng ý. Cha mẹ nuôi có thể đồng ý cho người phụ thuộc nhưng phải xuất trình giấy tờ có chữ ký của cha mẹ đẻ hoặc của tòa án. Cha mẹ kế ông bà và những người thân khác không được đồng ý trừ khi họ có thể xuất trình một tài liệu cho thấy rằng họ có quyền giám hộ hợp pháp.

SBHC này tuân theo Luật Louisiana R.S. 37:1262 về việc sử dụng chăm sóc sức khỏe từ xa trong thực hành cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chẩn đoán, tư vấn, điều trị và truyền dữ liệu y tế bằng công nghệ tương tác.

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 như vậy, 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. Tôi đồng ý tiết lộ thông tin SBHC cho Văn phòng Y tế Công cộng, hoặc cơ quan của họ, liên quan đến hoạt động, tài trợ và giám sát liên tục của SBHC.

Tính bảo mật: Các SBHC tuân thủ tất cả các luật hiện hành liên quan đến tính bảo mật của các dịch vụ y tế nói chung và đặc biệt liên quan đến các dịch vụ dành cho trẻ vị thành niên. Tất cả các hồ sơ y tế và sức khỏe tâm thần đều được bảo mật và sẽ được duy trì theo chỉ dẫn của Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế (HIPAA). Tôi đồng ý trao đổi thông tin sức khỏe liên quan giữa SBHC của quận Jefferson này và nhà cung cấp dịch vụ y tế cá nhân của học sinh khi được giới thiệu chăm sóc y tế. Tôi có thể yêu cầu một bản sao Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của tổ chức mô tả cách sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe. Tôi hiểu rằng SBHC của quận Jefferson có quyền thay đổi thông báo này bất cứ lúc nào. Tôi có thể lấy một bản sao hiện tại bằng cách liên hệ trực tiếp với SBHC hoặc gọi số 504-349-8996.

Luật Louisiana R.S. 40:31.3 quy định rằng: Nghiêm cấm các trung tâm y tế trong trường học: (1) Tư vấn hoặc ủng hộ việc phá thai dưới bất kỳ hình thức nào hoặc giới thiệu bất kỳ học sinh nào đến bất kỳ tổ chức nào để được tư vấn hoặc ủng hộ việc phá thai. (2) Phân phối tại bất kỳ trường công lập nào bất kỳ loại thuốc, thiết bị tránh thai hoặc phá thai hoặc sản phẩm tương tự nào khác. Báo cáo các hành vi vi phạm các quy định cấm tư vấn, vận động hoặc giới thiệu phá thai; hoặc phân phối các biện pháp tránh thai, thiết bị thuốc phá thai hoặc các sản phẩm tương tự khác, hãy liên hệ với Chương trình Sức khỏe Học đường Vị thành niên tại Văn phòng Y tế Công cộng theo số 504.568.3504.

Bằng việc ký tên đồng ý này, quý vị đồng ý để SBHC cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, toàn diện và phòng ngừa, khám sức khỏe, chủng ngừa, (Cần phải có sự đồng ý riêng và điều này không bao gồm vắc-xin COVID), kiểm tra sức khỏe, xét nghiệm/chẩn đoán, xét nghiệm STI và theo dõi, chăm sóc cấp tính cho bệnh nhẹ và thương tích bao gồm cả thuốc men, nếu được chỉ định, chăm sóc nha khoa (nếu có), quản lý bệnh mãn tính, dịch vụ sức khỏe hành vi, giáo dục sức khỏe và phòng ngừa, quản lý trường hợp, giới thiệu và theo dõi trong trường hợp khẩn cấp, giới thiệu đến chăm sóc đặc biệt, đánh giá rủi ro và dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa.

Tôi, với tư cách là phụ huynh/người giám hộ hợp pháp, hiểu rằng tôi sẽ không bị tính phí cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp tại SBHC. Tôi cũng hiểu rằng các SBHC của quận Jefferson, Access Health Louisiana hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế có thể lập hóa đơn cho Medicaid hoặc các nhà cung cấp bảo hiểm khác cho các dịch vụ này. Tôi ủy quyền/chỉ định thanh toán các khoản trợ cấp được ủy quyền trực tiếp cho các SBHC của quận Jefferson và/hoặc Access Health Louisiana. Tôi hiểu rằng SBHC được điều hành bởi Hệ thống Trường Công lập quận Jefferson và các nhân viên cũng như nhà thầu của hệ thống, Access Health Louisiana.

Chữ ký của tôi dưới đây xác nhận rằng tôi cho phép học sinh này nhận các dịch vụ do SBHC cung cấp. Sự đồng ý này có hiệu lực khi học sinh đang theo học tại một trường công lập trong khu học chánh này trừ khi SBHC được thông báo bằng văn bản rằng tôi không còn muốn học sinh đó nhận các dịch vụ nữa.

Viết tên của Phụ huynh/Giám hộ (hoặc học sinh trên 18 tuổi)

Liên hệ với học sinh

Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ (hoặc học sinh trên 18 tuổi)

Ngày

Một bản sao của tài liệu này có thể được cung cấp cho phụ huynh hoặc người giám hộ theo yêu cầu, trên trang web của chúng tôi
jpschools.org/sbhc