

2015 年 9 月



尊敬的各位家长/监护人：

您是否知道您的儿子或女儿可以在学校获得**医疗保健**？Bailey Gatzert Elementary 在其建筑物内拥有以学校为基础的医疗中心 (School-based Health Center - SBHC)，并且其服务面向所有学生开放。SBHC 由每年为西雅图地区超过 55,000 人提供服务的社区医疗中心 Neighborcare Health 运营。

SBHC 具有儿童友好型环境以及家庭医生所能提供的所有服务。SBHC 提供上学前、在校期间和放学后预约，并可提供下列服务：

- 常见健康问题的诊断和治疗
- 免疫、实验室测试和药物治疗
- 运动体检
- 心理、社交和情感医疗保健
- 口腔医疗保健
- 预防性医疗保健，包括烟草、酒精及其他毒品使用预防教育
- 健康保险资格及注册援助
- 根据需要转介给其他医疗保健提供商

如要使用本服务，请填写并签署本资料包中的下列表格：

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 健康历史表（第 2 页）<input type="checkbox"/> 注册表（第 3 页）<input type="checkbox"/> 同意书（第 4 页）<input type="checkbox"/> 教育记录披露表（第 5 页） |
|---|

表格可随学校资料包返还，也可单独邮寄至学校。您还可以亲自将其送到 SBHC 或学校主办公室。

填写完毕的教育记录披露表可令您孩子的学校记录与 Neighborcare Health 共享。访问学校记录可令 Neighborcare Health 与教师和员工共同努力，以提升学生的学习、出勤情况、成绩和行为。

Neighborcare Health 致力于服务所有患者，无论其有无支付能力。 Bailey Gatzert SBHC 接受来自“家庭和教育募款”的支持，但是该资金无法完全负担计划的运营成本，因此 SBHC 将在可能的情况下向保险开具账单。请填写注册表的保险部分，以确保我们拥有您最新的保险信息。

如果您没有医疗保险，SBHC 可以帮助您加入保险计划。请在注册表上勾选 “No Insurance”（无保险），那么 SBHC 职员会继续跟踪了解您。您还可以直接致电 SBHC，以申请援助。

Bailey Gatzert 非常荣幸拥有 SBHC，并且我希望大家能够利用这一资料来为您的学生福利。如果您想要更多信息或是需要援助，请拨打 Bailey Gatzert SBHC 206-548-3162。

谨此，
Greg Imel
校长

如果您想要随附信息的翻译版本，请访问网站 www.neighborcare.org 或致电“以学校为基础的医疗中心”。

neighborcare health
设于学校的健康中心
健康历史表

为了帮助我们向您的孩子提供最佳护理，请尽量完整地填写本表。安排一次约诊，请致电设在学校的健康中心(电话号码在信中)。谢谢您。

学生姓名 _____ 出生日期: ____/____/____
(名) (姓)

(填表人正楷姓名)

(与学生之关系(如非本人))

(填表日期)

有关您的孩子的问题:

- ☐ 是 ☐ 否 是否有一个初级保健医生或诊所? 如果是, 请提供: 提供者姓名: _____ 电话号码: _____
- ☐ 是 ☐ 否 过去一年中, 您的孩子是否曾有过体检或全面检查?
- ☐ 是 ☐ 否 过去一年中, 您的孩子是否曾有过牙科检查?
- ☐ 是 ☐ 否 您的孩子是否有任何药物过敏? 1) _____ 2) _____ 3) _____
- ☐ 是 ☐ 否 您的孩子是否对其他东西过敏? (食物、昆虫等) 如果是, 请列出: 1) _____ 2) _____ 3) _____
- ☐ 是 ☐ 否 您的孩子是否定期服药(包括维他命和非处方药物)
- | 药物 | 剂量 | 理由 |
|----------|-------|-------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |

您的孩子是否曾有过以下病症(勾选所有适用项):

慢性或持续性健康问题:

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 视力问题 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 听力问题/耳朵感染 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘病 | <input type="checkbox"/> 贫血病 | <input type="checkbox"/> 体重不足或超重 |
| <input type="checkbox"/> 心脏问题 | <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 龋齿/牙齿问题 |

急性或紧急的健康问题, 包括感染:

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 骨头或关节受伤 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 严重事故或摔倒 |
| <input type="checkbox"/> 膀胱或肾脏感染 | <input type="checkbox"/> 晕倒 | <input type="checkbox"/> 肺结核感染 |

有关安康的其他关注:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 焦虑或压力过多 | <input type="checkbox"/> 学校或学习问题 | <input type="checkbox"/> 酗酒或吸毒问题 |
| <input type="checkbox"/> 注意力缺乏症 | <input type="checkbox"/> 行为或愤怒问题 | <input type="checkbox"/> 我的孩子受到某人的威胁或骚扰 |

在本學年或上一學年的學業或學習問題:

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 成績更差 | <input type="checkbox"/> 成績不及格 | <input type="checkbox"/> 休學 |
| <input type="checkbox"/> 出勤 | <input type="checkbox"/> 與同學或成人的關係問題 | |

其他健康狀況或特殊醫護需要:

說明任何情况: _____

勾选您认为对您的孩子属实的项目:

- ☐ 我的孩子从事的行为支持健康的生活方式; 吃健康的食物; 活跃并保持安全。
- ☐ 我的孩子生活中至少有一个成人, 关心孩子, 孩子可向此人求助。
- ☐ 我的孩子至少有一个朋友或一群朋友, 互相相处很好。
- ☐ 我的孩子在学校的群体、基于信仰的组织或社区中具有帮助作用或很活跃。
- ☐ 我的孩子能够从生活中令人失望的事情恢复。
- ☐ 我的孩子充满希望和自信。

有关您的家庭的问题:

誰住在你家裏? _____

- ☐ 是 ☐ 否 过去一年中曾有过任何重大变化或挑战吗? 如果有, 请描述: _____
- ☐ 是 ☐ 否 是否有居住在家中的任何人吸烟或抽雪茄?
- ☐ 是 ☐ 否 你们是否作为一个家庭, 在一起吃饭?
- ☐ 是 ☐ 否 您的家中有枪支吗?

家庭健康历史: (勾选所有适用项)

父亲 母亲 其他親戚 (姨妈/舅母、叔叔/舅舅、祖母/外婆、祖父/外公)

家庭健康历史: (勾选所有适用项)	父亲	母亲	其他親戚 (姨妈/舅母、叔叔/舅舅、祖母/外婆、祖父/外公)
哮喘病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癌症; 说明类型	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55岁之前发生心脏病或中风	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高胆固醇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
酗酒或吸毒问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
忧郁或焦虑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
突然或无理由死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺结核(肺结核感染)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生理、性或言語虐待	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他疾病或病症, 请说明: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

由于青少年能够提供治疗同意，在公布怀孕及性传染病(包括艾滋病病毒/艾滋病测试)信息时，法律规定他们必须给予同意。法律规定，在提供戒毒或心理卫生咨询时，年龄为 13 岁或以上学生及年龄在 12 岁及以下的学生的家长/监护人必须给予同意。



社区组织
家长/监护人同意书
2015-2016 批准

西雅图市和金县公共卫生部
学校合作计划
401 5th Ave #1000
Seattle, WA 98104
206.263.8350

Neighborcare Health at
Bailey Gatzert Elementary School
1301 E. Yesler Way
Seattle, WA 98122
(206) 548-3162

华盛顿大学精神病学与行为科学系
1959 NE Pacific Street
Box 356560
Seattle, WA 98195-6560
206-543-3750

根据家庭教育权和隐私权法案 披露
教育记录同意书 (FERPA)

我同意向上述机构披露我的孩子在西雅图学区的教育记录。我了解教育记录包括但不限于：

1. 学生姓名和联系信息
2. 学生人口统计资料：包括特殊教育状态和 504 状态及种族/民族
3. 出勤记录
4. 惩处记录
5. 课程和成绩记录
6. 考试分数记录
7. 入学记录
8. 作业成绩
9. 将要分配和错过的作业

这项披露包括允许机构的工作人员使用自动数据传送通过西雅图公立学校获取的我孩子的学业记录。

我了解与上述实体分享这些记录的目的是让孩子的学校健康中心医疗和/或心理健康服务提供者了解他/她的学业计划和进展。通过与西雅图市和金县公共卫生部合作，Neighborcare Health 的工作人员将与孩子和/或他/她的学校共同努力，让孩子在学校取得更大的成功。华盛顿大学精神病学和行为科学系只能在出于维护安全的数据库来存储数据的目的下获得授权访问上述教育记录。我确认我可以通过向西雅图学区学校与社区合作部发送书面通知来撤销这份同意书，MS: 32-159 P.O.Box 34165 Seattle, WA 98124。

这项信息披露将使机构工作人员可以获取上述教育记录（包括学生历史数据），有效期自签名同意之日起至 2016 年 12 月 31 日。我同意西雅图学区向上述机构披露信息（请清晰打印）：

家长/监护人签名（如果学生为 17 岁或以下）：_____

打印的家长/监护人姓名：_____

学生签名（如果学生为 18 岁或以上）：_____

今天的日期：_____

打印学生姓名（名字和姓氏）_____

学生出生日期_____

学生所在学区 ID 号 您可以查看学生 ASB 卡、成绩单、学校官方邮件或联系学生所在学校来获取学生 ID 号