

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**？Madison Middle School 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
- 生殖保健
- 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
- 根据需要转介绍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：

- 健康历史表（第 2 页）
- 注册表（第 3 页）
- 同意书（第 4 页）
- 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。 Madison Middle School 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。

Madison Middle School 非常有幸拥有 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 Madison Middle School SBHC 206-933-7842。

谨此，

Dr. Robert Gary
校长

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 _____ (名) _____ (姓) 出生日期: ____/____/____

(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 您的孩子是否对任何其他东西过敏? (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. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

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"/> 忧郁 |

其他健康条件: 住院、手术、分娩问题、肿块、甲状腺、肝炎、癌症、创伤或虐待。

描述: _____

勾选您认为对孩子的孩子属实的项目:

- 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。
- 我的孩子特别擅长某些事情, 如数学、体育、戏剧、烹调或写作。
- 我和我的孩子已经讨论过在其年龄所经历的生理和情感变化。
- 我的孩子在卧室区拥有电视机及/或计算机。

有关您的家庭的问题:

- 您的家中有多少人居住? _____
- 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)

家庭健康历史: (勾选所有适用项)	父亲	母亲	其他亲属(请说明身份)
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、性或言语虐待	<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"/>

*當你的孩子前來接受照護, 我們將要求他們完成一項風險評估, 此項評估將包括家庭健康史。

NEIGHBORCARE HEALTH—设于学校的健康中心
请提供以下保密信息,帮助我们更好地为您服务
每年请填写新报名表,以便我们的记录保持最新信息。

学生的姓名: 姓 (Sr. Jr.) 名:	中间名:	曾用名: (如适用)	绰号:
-----------------------	------	------------	-----

学生的社会安全号码:	学生的出生日期: ____/____/____	学生性别 (请选择一项): <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
------------	----------------------------	------------------------------------------------------------------------

学生的地址 (街道或信箱号码):	家长、监护人或负责人: 关系: <input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> (外) 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 家长/监护人姓名: _____
城市: _____ 州: _____ 邮编: _____	家长/监护人出生日期: _____/____/____ 家长/监护人性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
学生的电话(手机): _____ (住宅): _____	家长/监护人电话:
学生的电邮: _____	家长/监护人地址: <input type="checkbox"/> 与学生相同

紧急情况联系人: <input type="checkbox"/> 与家长/监护人信息相同 姓名 _____ 出生日期: _____ 关系: _____ 电话 _____ (手机/其他) _____	街道: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____ 家长/监护人电话(手机): _____ 家长/监护人电邮: _____ 联系我的最佳方式: _____
地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____	

语言(学生家中所说的主要语言): <input type="checkbox"/> 阿姆哈拉语 <input type="checkbox"/> 苗语 <input type="checkbox"/> 萨摩阿语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 韩语 <input type="checkbox"/> 索马里语 <input type="checkbox"/> 高棉语 <input type="checkbox"/> 老挝语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 广东话 <input type="checkbox"/> 普通话 <input type="checkbox"/> 他家禄语 <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 米恩语 <input type="checkbox"/> 泰语 <input type="checkbox"/> 波斯语 <input type="checkbox"/> 奥罗英语 <input type="checkbox"/> 提松雷语 <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 俄语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 其他 语言: _____	学生身份 学生身份证: _____ 年级: _____ 学校: _____ 家庭人数: _____ 调整后家庭总收入: _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

补充问题:

残疾: 患者是否有持续的病症,妨碍日常活动? 是 否
移民/难民: 患者是否为移民或难民,或新到美国? 是 否
家庭总人数: 联邦所得税表上申报的家庭成员人数。 _____
未满18岁子女总人数: 家庭中未满18岁子女人数。 _____
家庭情况: 与患者同住人员: 单亲(男性) 单亲(女性) 父母双方
住房情况: 合租 并非无家可归 其他 政府公房 收容所 街头 过渡期 未知/未报告
农业工人身份: 民工 季节工 并非农业工人
需要口译: 该患者是否需要口译? 是 否
退伍军人身份: 是 否

学生的种族: <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 其他太平洋岛屿人 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 拒绝详细说明 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 白人	学生族裔: <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

无保险; 请与我联系, 了解有关保险选择的详情
 无保险
主保险公司名称: _____
 关系: _____ 被保人性别: _____ 签名者性别: _____
 身份/保单号码: ____/____/____
 身份/保单号码: _____ 计划号码(如适用): _____ 团体号码(如适用): _____
 团体名称(如适用): _____ 生效日期: ____/____/____ 保险公司电话号码: _____

隐私保护做法通知、免责声明和同意书签名

信息及护理同意书认证: 我证明, 我向此诊所报告的登记信息截至当前正确无误, 并理解任何故意不实描述信息的行为可能导致我负责所提供服务的全部费用。我授权以上指定诊所之牙科工作人员使用在对我健康问题的诊断和治疗中从专业角度和医疗角度被认为必要或有益的成熟治疗方法。我理解, 根据华盛顿州牙医从业法案 (Washington State Dental Practice Act), 牙医、牙科保健员、牙医助理、牙科或卫生学学生、接受过培训的自愿者均可能提供护理服务。我理解, 根据华盛顿州牙医从业法案, 执业牙医、牙科保健员、牙医助理、牙科或卫生学学生、接受过培训的自愿者均可能提供牙科护理服务。除非以书面形式通知首席牙医, 则此授权书一直保持效力。此委任和信息发布书授权 Neighborcare Health 向我的保险公司、CMS 或 DSHS 发布任何需要之信息以确定相关服务之应付福利。我在此授权本人之与签定保单的任何保险公司, 向已为我提供服务的牙科提供者就保险的任何政策福利直接付费。我在此授权本人之与签定保单的任何保险公司, 向已为我提供服务的健康护理提供者就保险的任何政策福利直接付费。我同意支付被委任保险公司未完全支付

隐私保护做法通知: 我已收到 Neighborcare Health 的隐私保护做法通知, 通知描述对我的健康信息的可能使用和披露方法, 及我可如何查阅该信息。

_____ 签名	_____ 与学生之关系	_____ 日期
-------------	-----------------	-------------



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
Madison Middle School
3429 45TH Ave SW.
Seattle, WA 98116
(206) 933-7913

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