

Tháng 9 năm 2015



Kính gửi Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Quý vị có biết rằng con trai hoặc con gái của quý vị có thể được **Chăm Sóc Sức Khỏe** tại trường không? Van Asselt Elementary có một Trung Tâm Y Tế tại Trường (School-based Health Center - SBHC) ở trong tòa nhà này và có các dịch vụ dành cho tất cả học sinh. SBHC được điều hành bởi Neighborcare Health, một trung tâm y tế cộng đồng phục vụ hơn 55,000 người tại Seattle mỗi năm.

SBHC đem đến một môi trường thân thiện với trẻ và tất cả các dịch vụ của một bác sĩ gia đình. SBHC có các buổi hẹn trước, trong và sau giờ học cũng như có các dịch vụ sau đây:

- Đánh giá và điều trị các vấn đề về sức khỏe thông thường
- Chăm sóc sức khỏe răng miệng
- Chủng ngừa, xét nghiệm và thuốc
- Chăm sóc sức khỏe phòng bệnh, bao gồm giáo dục ngăn chặn việc sử dụng thuốc lá, rượu, và thuốc khác
- Khám sức khỏe để chơi thể thao
- Trợ giúp để đủ điều kiện và đăng ký xin bảo hiểm y tế
- Chăm sóc sức khỏe tâm thần, xã hội, và tình cảm
- Giới thiệu đến các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác nếu cần

Để sử dụng dịch vụ này, vui lòng điền đầy đủ và ký tên vào các mẫu đơn sau đây trong gói hồ sơ:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Mẫu Tiền Sử Bệnh (trang 2) |
| <input type="checkbox"/> Mẫu Đơn Đăng Ký (trang 3) |
| <input type="checkbox"/> Mẫu Đồng Ý (trang 4) |
| <input type="checkbox"/> Công Bố Hồ Sơ Giáo Dục (trang 5) |

Có thể nộp lại các mẫu đơn này cùng với tập hồ sơ của nhà trường hoặc gửi riêng đến nhà trường qua đường bưu điện. Quý vị cũng có thể đích thân đem các giấy tờ này đến SBHC hoặc văn phòng chính của trường học.

Mẫu Công Bố Hồ Sơ Giáo Dục đã điền đầy đủ cho phép chia sẻ hồ sơ học bạ của trẻ với Neighborcare Health. Việc tiếp cận các hồ sơ học bạ cho phép Neighborcare Health làm việc với các giáo viên và nhân viên để cải thiện việc học tập, chuyên cần, điểm số, và hành vi của trẻ.

Neighborcare Health cam kết phục vụ tất cả các bệnh nhân bất kể khả năng thanh toán của họ. Van Asselt Elementary SBHC được sự hỗ trợ từ các Gia Đình và Thuế Giáo Dục, nhưng khoản tài trợ này không thể trang trải toàn bộ các chi phí hoạt động của chương trình, nên SBHC sẽ tính phí bảo hiểm nếu có thể. Vui lòng điền vào phần bảo hiểm trong mẫu đơn đăng ký để chắc chắn rằng chúng tôi có thông tin bảo hiểm mới nhất của quý vị.

Nếu quý vị không có bảo hiểm y tế, SBHC có thể giúp quý vị đăng ký vào một chương trình bảo hiểm. Vui lòng đánh dấu vào ô “No Insurance” (Không Có Bảo Hiểm) trong mẫu đơn đăng ký và nhân viên SBHC sẽ theo dõi với quý vị. Quý vị cũng có thể gọi trực tiếp đến SBHC để đề nghị hỗ trợ.

Van Asselt Elementary may mắn có SBHC và tôi hy vọng rằng quý vị sẽ tận dụng nguồn lực này cho con của quý vị. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc cần hỗ trợ, vui lòng gọi đến Van Asselt SBHC theo số 206-548-3168.

Trân trọng,
Chanda Oatis
Hiệu trưởng

Nếu quý vị muốn có một bản chuyển ngữ những thông tin kèm theo, vui lòng truy cập vào trang www.neighborcare.org hoặc gọi đến Trung Tâm Y Tế tại Trường.


neighborcare health
 Xarumaha Caafimaadka ee Dugsiga Ku-yaal
 Qaabka Taariikhda Caafimaadka Ilmaha

Si aad nooga gargaarto in la siyo gargaarka ugu fiican ilmahaaga, fadlan dhamaystir buuxintan kan sida ugu suurtagalsan. Si aad balan u dhigato, fadlan soo wac Xarunta Caafimaadka Dugsiga (lambarku waxa uu ku qoran yahay waraaqda). Waad mahadsan tahay.

Magaca Ardayga: _____ Taariikh Dhalasho: ____/____/____
(Hore) (Danbe)

(Magaca Daabacan ee Qofka Foomka Buuxinaya)

(Xidhiidhka Ardayga iyo Qofka (haddii aanu isaga ahayn))

(Taariikhda foomka la buuxiyey)

SU'AALAHADA KU SAABSAN CUNNUGAAGA:

- Haa Maya Leeyahay Dhakhtar Daryeel Asaasi ama Kalkaaliye caafimaad? Haddii ay jawaabtu haa tahay, fadlan nasii:
 Magaca bixiyaha: _____ Telefoon lambarka #: _____
- Haa Maya Cunnugaaga miyaa lagu sameeyey baadhitaan jidh ama baadhitaan dhammaystiran ma lagu sameeyey sannadkii hore?
 Haa Maya Cunnugaagu miyuu lagu sameeyey baadhitaan ilkaha ah sannadkii hore?
 Haa Maya Cunnugaagu miyuu kaga qaadaa wax xasaasiyad ah DAAWAYNTA? 1) _____ 2) _____ 3) _____
 Haa Maya Cunnugaagu miyuu ka qaadaa xasaasiyad shay gii kasta ee kale? (cunnooyinka, boodhka, iwm.)
 Haddii ay jawaabtu haa tahay, fadlan qor: 1) _____ 2) _____ 3) _____
- Haa Maya Cunnugaagu miyuu had iyo jeer miyuu qaataa daawooyin joogto ah? (oo ay kamid yihiin fiitamiinada iyo daawooyinka aanu dhakhatr u qorin)
 Daawooyinka Qiyaasta daawooyinka Sababta
 1. _____
 2. _____

Cunnugaagu miyuu lahaa mid kamida waxyaalaha soo socda (Sax dhammaan inta ku khusaysa):

Dhibaatooyin Caafimaad Daran ama Socda:

- Dhibaatooyinka Araga Macaan Dhago cuslaan/Xanun Dhagaha ah
 Xiiq Dhiig yari Aad u dhuubn ma aad u cayilsan
 Dhibaatooyinka Wadnaha Dhiig kar Suus/dhibaatooyinka ilkaha

Dhibaatooyin Caafimaad Daran ama Degdeg ah, oo ay kamid yihiin xanuunada:

- Dhaawac laf ama Dhaawac Kalagoys Hablo baas Shil daran ama dhacitaan
 Xanuun kaadimareen ama Xanuun kelida ah Suuxid ama Miyir Doorsoon Qaaxo ama Xanuun TB

Dhibaatooyin kale oo Ku Saabsan Fayoobaanta:

- Werwer aad u badan ama walaac Dhibaatooyin Dugsi ama Dhibaatooyin Waxbarasho Khamri ama Dhibaatooyin Maandooriye
 Xaaladda Fejignaant La'aanta Dabeecad ama Dhibaatooyin Cadho Ilmahayaga waxa u hanjabay ama bahdilay qof kale

Dhibta Dugsiga ama Waxbarashada ee Sannad Dugsiyeedkan ama Kii Hore:

- Dhibco xun Dhibco saaqidnimo Eriyitaan
 Xaadiriska Dhibta xiriirtanka ardayda kale ama dadka waaweyn

Xaalado Caafimaad oo Kale ama Baahiyo Daryeel-caafimaad oo Gaara:

Sharrax miduun: _____

Hubi dhammaan ashyaada aad had iyo jeer dareento inay dhab u yihiin cunnugaaga:

- Cunnugaygu wuxuu leeyahay dabeecad gacan ka gaysata qaab- nololeed caafimaad qaba; cunnida cunnooyin caafimaad qaba, firfircoonaan, iyo badbaado qab.
 Cunnugaygu wuxuu ugu yaraan leeyahay hal qof oo wayn noloshiisa kaas oo daryeela waxyaalaha iyaga ku saabsan iyo cida ay caawimaad waydiisan karaan.
 Cunnuga yga ayaa ugu yaraan leh hal saaxiib ama koox saaxiibo ah kuwaas oo uu ku raaxaysto.
 Cunnugaygu wuxuu caawiyaa ama uu ka dhex firfircoon yahay kooxda dugsiga dhexdiisa, ururada caqiigadada ku dhisan, ama bulshada.
 Cunnugaygu wuxuu awoodi akraa inuu ka soo doogsado niyad jabka noloshu.
 Cunnugaygu wuxuu leeyahay dareen rajo ay ka buuxdo iyo isku kalsoonaan.

SU'AALAHADA KU SAABSAN QOYSKAAGA:

Ayaa ku nool gurigiina? _____

- Haa Maya Miyey jireen wax isbadalo waaweyna ama carqalado sannadkii hore? Haddii ay haa jawaabtu tahay, faahfaahi: _____
 Haa Maya Qof kastoo ku nool guriga sigaar ama buuri miyey cabaan?
 Haa Maya Cunnada ma qoys ahaan ayaad u wada cuntaan?
 Haa Maya Qori miyuu yaalaa gurigaaga?

TAARIIKHDA CAAFIMAADKA QOYSKA: (Sax dhammaan inta ku khusaysa) Aabo Hooyo Qaraabo Kale (Eddo/habaryar, Adeer/Abti, Ayeeyo, Awow)

Xiiq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kansar; Sheeg Nooca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wadno Xanuun ama Faalij kahor da'da 55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dhiig Kar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subug saa'id ah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khamro ama Dhibaatooyin Maandooriye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niyad jab ama Werwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dhimasho Kadis ah ama aan lagaranayn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dhiiga oo Isxidha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qaaxo (Xanuun TB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waxyeelayn Jidh ahaan, Galmo ama Hadal ah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Xanuuno Kale ama Xaalado kale Sharaxaad ka bixi: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ĐƠN GHI DANH XIN NEIGHBORCARE HEALTH - Các trung tâm y tế tại trường
Xin vui lòng giúp chúng tôi phục vụ quý vị được tốt hơn bằng cách cung cấp thông tin được giữ kín sau đây
Xin vui lòng điền Mẫu Đơn Đăng Ký mới mỗi năm để chúng tôi có trong hồ sơ thông tin mới nhất của quý vị.

Tên của Học Sinh: Họ	Tên:	Tên Lót:	Các tên khác: (nếu có)	Biệt Danh:
----------------------	------	----------	------------------------	------------

Số An Sinh Xã Hội của Học Sinh:	Ngày Sinh của Học Sinh: ____/____/____	Giới tính của học sinh (chọn một): <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ
---------------------------------	---	--

Địa Chỉ của Học Sinh (Số Nhà hoặc Hộp Thư):	Phụ Huynh, Người Giám Hộ Hoặc Người Chịu Trách Nhiệm: Mối quan hệ: <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Anh chị em <input type="checkbox"/> Người khác
Thành phố: Tiểu Bang: Số Zip:	Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày Sinh Của Phụ Huynh/ Giám Hộ: ____/____/____ Ngày Sinh Của Phụ Huynh/Giám Hộ: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Số Điện Thoại Của Học Sinh: _____ (Lưu Động/Loại Khác)	Số Điện Thoại Nhà của Phụ Huynh/Người Giám Hộ
Điện Thư Của Học Sinh: _____	Địa chỉ của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: <input type="checkbox"/> Giống với địa chỉ của học sinh

NGƯỜI LIÊN LẠC TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP: <input type="checkbox"/> Giống Với Thông Tin của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Tên _____ Ngày Sinh: _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại _____ (Lưu Động/Loại Khác)	Đường: _____ Thành phố: _____ Tiểu Bang: _____ Số Zip: _____ Số Điện Thoại Của Phụ Huynh/Giám Hộ (Di Động): _____ (Nhà): _____ (Số Khác): _____ Cách tốt nhất để liên lạc với tôi: _____
Địa chỉ Thành phố Tiểu Bang Số Zip	

NGÔN NGỮ (Ngôn ngữ chính dùng ở nhà của học sinh): <input type="checkbox"/> TIẾNG AMHARIC <input type="checkbox"/> HỒ-MONG <input type="checkbox"/> SAMÔAN <input type="checkbox"/> Ả-RÁP <input type="checkbox"/> ĐẠI HÀN <input type="checkbox"/> SÔMALI <input type="checkbox"/> CAMPUCHIA/KHỜ-ME <input type="checkbox"/> LÀO <input type="checkbox"/> TÂY BAN NHAH <input type="checkbox"/> QUẢNG ĐÔNG <input type="checkbox"/> QUAN THOẠI <input type="checkbox"/> PHI LUẬT TÂN <input type="checkbox"/> TIẾNG ANH <input type="checkbox"/> MIỀN <input type="checkbox"/> THÁI <input type="checkbox"/> BA TƯ <input type="checkbox"/> ÔRÔMÔ <input type="checkbox"/> TIGRI <input type="checkbox"/> PHÁP <input type="checkbox"/> NGA <input type="checkbox"/> VIỆT <input type="checkbox"/> Tiếng KHÁC: _____	Tình Trạng Học Sinh Số ID của Học Sinh: _____ Lớp: _____ Trường: _____ Số Người Trong Gia Đình: _____ Tổng Lợi Tức Được Điều Chính Của Gia Đình: _____
--	--

CÁC CÂU HỎI THÊM:

Khuyết Tật/Tàn Phế: Bệnh nhân có một tình trạng đang tiếp diễn làm ngăn cản các hoạt động hằng ngày không? CO KHÔNG
Di Dân/Người Tị Nạn: Bệnh nhân có phải là một di dân hoặc người tị nạn hay là người mới đến quốc gia này không? CO KHÔNG
Tổng Số Người Trong Hộ Gia Đình: Số người trong hộ đã ghi trong Mẫu Khai Thuế Liên Bang. _____
Tổng Số Trẻ Em Dưới 18 Tuổi: Số trẻ em dưới 18 tuổi trong gia đình. _____
Gia Cảnh: Bệnh nhân sống với: cha đơn thân mẹ đơn thân cha và mẹ
Tình Trạng Nhà Ở: Ở Chung Không Phải Vô Gia Cư Loại khác Nhà Chính Phủ Trợ Cấp Nơi Tạm Trú Ngoài Đường Đang Thay Đổi Không biết/Không có báo cáo
Tình Trạng Công Nhân Làm Rẫy: Di cư Làm theo mùa Không phải là công nhân làm rẫy
Cần Có Thông Dịch Viên: Có cần một thông dịch viên cho bệnh nhân này không? CO KHÔNG
Tình Trạng Cựu Chiến Binh: CO KHÔNG

Chủng Tộc của Học Sinh: <input type="checkbox"/> NGƯỜI DA ĐỎ/NGƯỜI BẢN XỨ GIA-NÃ-ĐẠI <input type="checkbox"/> NNGƯỜI BẢN XỨ HẠ-UY-DI <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC Ở VÙNG ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG <input type="checkbox"/> KALE <input type="checkbox"/> NGƯỜI DA ĐEN/NGƯỜI MỸ GỐC PHI CHÁU <input type="checkbox"/> TỬ CHÓI NÈU RỜ <input type="checkbox"/> NHIỀU HƠN MỘT CHỦNG TỘC <input type="checkbox"/> NGƯỜI DA TRẮNG	Dân Tộc của Học Sinh: <input type="checkbox"/> NGƯỜI GỐC Y-PHA-NHO HOẶC MỸ LA TINH/NGƯỜI Á CHÂU <input type="checkbox"/> KHÔNG PHẢI NGƯỜI GỐC MỸ LA TINH
---	---

Không có bảo hiểm; xin liên lạc với tôi để biết thêm chi tiết về các lựa chọn bảo hiểm
 Không có bảo hiểm
Tên Hãng Bảo Hiểm Chính: _____
Tên Người Mua Bảo Hiểm: _____ **Mối Quan Hệ:** _____ **Giới Tính Của Người Ghi Danh:** _____ **Ngày Sinh Của Người Mua Bảo Hiểm:** ____/____/____
Hồ Sơ/Hợp Đồng #: _____ **Chương Trình # (nếu áp dụng):** _____ **Nhóm # (nếu áp dụng):** _____
Tên Nhóm (nếu áp dụng): _____ **Ngày Hiệu Lực:** ____/____/____ **Điện Thoại Hãng Bảo Hiểm #:** _____

THÔNG BÁO VIỆC ÁP DỤNG QUYỀN RIÊNG TƯ, CHO PHÉP CÔNG BỐ VÀ CHỮ KÝ ỨNG THUẬN

CHỨNG NHẬN THÔNG TIN VÀ ỨNG THUẬN CHO CHĂM SÓC: Tôi xác nhận rằng thông tin ghi danh mà tôi đã báo cáo cho phòng khám này hiện thời là đúng và hiểu rõ rằng bất cứ sự cố ý nào về khai gian dối với thông tin này có thể gây cho tôi phải chịu trách nhiệm hoàn toàn về dịch vụ đã nhận được. Tôi cho phép ban nhân viên Nha Khoa của phòng khám có tên ở trên được thực hiện những chữa trị đã hoạch định và các trị liệu được xem là cần thiết về mặt chuyên môn và y khoa hoặc được đề nghị trong việc chẩn đoán và chữa trị cho vấn đề sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng việc chăm sóc có thể được cung cấp do các Nha Sĩ, Chuyên Viên Vệ Sinh Răng, Trợ Tá Nha Sĩ, sinh viên Nha Khoa hoặc sinh viên Vệ Sinh Răng hay các tình nguyện viên được đào tạo theo Đạo Luật Hành Nghề Nha của Tiểu Bang Washington (Washington State Dental Practice Act). Tôi hiểu rằng việc chăm sóc nha khoa có thể được cung cấp do các Nha Sĩ có giấy hành nghề, các Chuyên Viên Vệ Sinh Răng, Trợ Tá Nha Sĩ, sinh viên Nha Khoa hoặc sinh viên Vệ Sinh Răng hay các tình nguyện viên được đào tạo theo Đạo Luật Hành Nghề Nha của Tiểu Bang Washington. Việc cho phép này sẽ có hiệu lực trừ khi sự ưng thuận bị hủy bỏ bằng cách gửi thư báo cho Trưởng Ban Nha Khoa. Việc chi định và việc cho phép tiết lộ này cho phép Neighborcare Health được tiết lộ đến công ty bảo hiểm của tôi, CMS hoặc DSHS và bất cứ thông tin nào cần thiết để quyết định chi trả cho các dịch vụ có liên quan. Bằng cách này tôi cho phép bất cứ hãng bảo hiểm nào tôi có hợp đồng được thanh toán trực tiếp cho cơ quan cung cấp đủ mức phúc lợi của hợp đồng bảo hiểm và những chuyên viên cung cấp dịch vụ nha khoa đã cung ứng các dịch vụ đó cho tôi. Bằng cách này tôi cho phép bất cứ hãng bảo hiểm nào tôi có hợp đồng được thanh toán trực tiếp cho cơ quan cung cấp đủ mức phúc lợi của hợp đồng bảo hiểm và những chuyên viên chăm sóc sức khỏe đã cung ứng các dịch vụ đó cho tôi. Tôi đồng ý trả tất cả các khoản tiền không được thanh toán bởi công ty bảo hiểm được chi định.

Thông Báo Việc Áp Dụng Quyền Riêng Tư: Tôi đã nhận được **Bản Thông Báo Cách Xử Lý Thông Tin Tư Mật** của Neighborcare Health và bản thông báo này miêu tả cách sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của tôi và cách để tôi có thể nhận được thông tin của mình.

Chữ ký	Mối Quan Hệ Với Học Sinh	Ngày
---------------	---------------------------------	-------------

Trung Tâm Y Tế Tại Trường Thuộc Neighborcare Health Baun Ông Thuaän Cho Cauc Dòch Vui Y Teá

Trung Tâm Y Tế Tại Trường thuộc Neighborcare Health được đặt tại Trường Công Seattle. Neighborcare Health phải nhận được các bản đồng thuận có chữ ký của cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp trước khi cung cấp các dịch vụ cho học sinh, trừ trường hợp luật pháp liên bang và/hoặc tiểu bang cho phép học sinh tiếp cận liệu pháp điều trị đó mà không cần được cha mẹ/người giám hộ đồng ý. Nếu học sinh ghi danh học ở trường nhưng không ghi danh trong Trung Tâm Y Tế Tại Trường (SBHC), thì học sinh này vẫn tiếp tục được nhận dịch vụ y tế của trường.

Qua mẫu đơn này tôi yêu cầu và cho phép:

Tên của Học Sinh viết in: _____ /___/___
Tên Chữ Đầu của Tên Lót Họ Ngày Sinh

nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe có từ và được cho là cần thiết bởi các nhân viên Neighborcare Health SBHC. Các dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn: dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần, khám sức khỏe định kỳ, khám chữa bệnh không dùng thuốc, khám sức khỏe để chơi thể thao, khám sức khỏe cho trẻ khỏe mạnh hoặc chăm sóc sức khỏe cho thiếu niên, đánh giá và điều trị bệnh cấp tính và các thương tích, chủng ngừa, nghiên cứu máu, chụp hình, chụp X-quang, và dịch vụ điều trị răng miệng và fluoride. Nhân viên SBHC khuyến khích gia đình tham gia tích cực vào dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho học sinh. Tuy nhiên, nếu tôi không thể có mặt, tôi cho phép con tôi được nhận các dịch vụ khi tôi vắng mặt. Tôi cũng ông thuaän cho vieác giöuüi thieäu chaêm söüc, vaø neáu caàn, vaän chuyeän caáp coùu neán cauc bauc söü khauc, cauc chuyeän vieän y teá, beänh vieän, y vieän, hoaèc cauc cô quan y teá khauc khi nöôïc coi laø caàn thieát do ban nhaän vieän cuõa Neighborcare Health SBHC. Giaáy cho pheùp naøy khoång cho pheùp nöôïc caáp cauc dòch vui maø khoång coù söü ông thuaän cuõa hoïc sinh, troø phi hoïc sinh naøy khoång coù khaù naêng ông thuaän. Neighborcare Health cam kết tạo lập một gia đình chăm sóc sức khỏe và khuyến khích các mối quan hệ lâu dài giữa bệnh nhân và các chuyên viên chăm sóc sức khỏe bao gồm chăm sóc y tế, răng miệng và sức khỏe tâm thần. Neighborcare Health công tác với các chuyên viên khác trong cộng đồng có thể cung cấp thêm những bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ để bảo đảm việc chăm sóc y tế phối hợp.

Theo luật tiểu bang và/hoặc liên bang, khi đã có sự ưng thuận để chữa trị, thì thông tin về chăm sóc sức khỏe phải được giữ kín. Có một số ngoại lệ. Ví dụ như:

1. Có sự cho phép của bệnh nhân khi ký tên vào mẫu ưng thuận tiết lộ thông tin.
2. Bệnh nhân cho thấy có nguy cơ rõ rệt gây tổn hại đến bản thân hoặc người khác.
3. Bệnh nhân có bệnh gây nguy hiểm đến tính mạng và dưới 18 tuổi.
4. Có lý do tình nghi bị ngược đãi hoặc bỏ bê.
5. Một số bệnh truyền nhiễm phải được báo cáo đến giới thẩm quyền và y tế công cộng.

Đồng ý chia sẻ các thông tin cần thiết với nhân viên chăm sóc sức khỏe tại SBHC, bao gồm trao đổi thông tin giữa nhà trị liệu sức khỏe tâm thần, y sĩ hoặc trợ tá bác sĩ và y tá học đường để chăm sóc tốt nhất cho học sinh có tên nói trên. Để hỗ trợ điều phối việc chăm sóc, nhân viên của Neighborcare Health tại SBHC sẽ tiếp cận hồ sơ y tế của học sinh tại SBHC. Đồng ý cho phép y tá trường học phát thuốc mua tự do không cần toa (ví dụ như Ibuprofen, Tylenol, Tums, v.v) như được bác sĩ của SBHC kê toa.

Các học sinh còn có thể được nhận dịch vụ y tế riêng tại một trong số các phòng khám y khoa hay nha khoa của Neighborcare Health. Ông thuaän cho hoïc sinh nöôïc nhaän cauc dòch vui ôu moät trong nhöõng y vieän sau ñây cuõa Neighborcare Health:

High Point Medical-Dental Clinic
(Viện Y Khoa & Nha Khoa High Point): 206-461-6966
45th Street Medical-Dental Clinic
(Viện Y Khoa & Nha Khoa 45th Street): 206-633-3350
Meridian Medical Clinic
(Y Viện Meridian): 206-296-4990
Columbia City Medical Clinic
(Y Viện Columbia City): 206-461-6957

Central District Dental Clinic
(Phòng Khám Nha Khoa Central District): 206-461-7801
Rainier Beach Medical-Dental Clinic
(Viện Y Khoa & Nha Khoa Rainier Beach): 206-722-8444
Greenwood Medical Clinic
(Y Viện Greenwood): 206-782-8660
Lake City Medical Clinic
(Y Viện Lake City): 206-417-0326
Phòng Khám Nha Khoa Georgetown: 206-461-6943

Đồng thuận cho phép những dịch vụ được Neighborcare Health cung cấp trong khoảng thời gian học sinh ghi danh tại một trường có Neighborcare Health SBHC hoặc trong khoảng thời gian các dịch vụ được cung cấp tại một y viện Neighborcare Health khác. Quý vị có thể hủy bỏ bản đồng thuận này vào bất cứ lúc nào bằng cách viết thư gửi đến SBHC.

Chữ Ký Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày: ___/___/___

Tên của Người Giám Hộ Chịu Trách Nhiệm Hợp Pháp (Viết Ra): _____ Sự Quan Hệ: _____

THOÁNG TIN QUAN TRỌNG BỎ SÙNG

Theá theo luaät phaùp cuûa Tieáu Bang Washington, SBHC seõ cung caáp vaø troï giuùp hoïc sinh trong vieäc coù ñoõic soï saên soüc töø beân ngoaøi neáu caàn. Theo luaät phaùp cuûa Tieáu Bang Washington, thanh thieáu nieân coù theá töï nhaân vieäc saên soüc heä sinh duïc ôû baát kyø löùa tuoái naøo maø khoâng caàn coù soï öng thuaän cuûa phuï huynh/ngoõõoi giaùm hoä. Thanh thieáu nieân coù theá töï nhaân caùc dòch vui cai ma tuùy vaø cai röõiu vaø dòch vui coá vaán taám thaàn töø 13 tuoái trôû leân maø khoâng caàn coù soï öng thuaän cuûa phuï huynh/ngoõõoi giaùm hoä. SBHC khuyeán khích moãi hoïc sinh neân coù phuï huynh hoaëc ngoõõoi giaùm hoä cuûa em lieân quan ñeán caùc quyeaät ñoùng veà soüc khoûe khi coù theá ñoõic. Khi aùp duïng ñoõic, SBHC seõ troï giuùp hoïc sinh trong vieäc thaùo luaän caùc troõoùng hoïp naøy vôùi phuï huynh/ngoõõoi giaùm hoä.

Vì thanh thieáu nieân coù theá öng thuaän ñeä ñoõic ñieàu trò, luaät phaùp quy ñoùng phaùp coù soï öng thuaän cuûa caùc em ñeä tieát loä thoáng tin veà vieäc thai ngheùn vaø caùc beänh hoa lieäu (bao goàm thôû ngheäm HIV/AIDS). Luaät phaùp quy ñoùng phaùp phaï coù sự ñoùng thuaän cuûa hoïc sinh töø 13 tuoái trôû leân, vaø sự ñoùng ý cuûa cha me/nguõõoi giaùm hoä ñoùng hoïc sinh duï 12 tuoái ñeä tieát loä thoáng tin veà ñoùng phaùp phaï vaø ma túy hoäc ñoùng phaùp phaï tư vãn sức khoûe tâm thaàn.



Tổ Chức Trong Cộng Đồng
Mẫu Đồng Ý dành cho Phụ Huynh/Người Giám Hộ
Phê Duyệt năm 2015-2016

Sức Khỏe Cộng Đồng –
 Seattle & Quận King
 Chương Trình Hợp Tác Tại Trường
 401 5th Ave #1000
 Seattle, WA 98104
 206.263.8350

Neighborcare Health at
 Van Asselt Elementary School
 8311 Beacon Ave S.
 Seattle, WA 98118
 (206) 548-3168

Khoa Tâm Thần Học & Khoa Học
 Hành Vi UW
 1959 NE Pacific Street
 Box 356560
 Seattle, WA 98195-6560
 206-543-3750

Đồng Ý Công Bố Hồ Sơ Giáo Dục Theo Gia Đình
Đạo Luật về Quyền Giáo Dục và Quyền Riêng Tư (FERPA)

Tôi đồng ý công bố hồ sơ giáo dục của con tôi từ Nha Học Chánh Seattle cho các cơ quan nói trên. Tôi hiểu rằng hồ sơ giáo dục bao gồm, nhưng không giới hạn những thông tin sau đây:

1. Tên và thông tin liên lạc của học sinh
2. Số Liệu Thống Kê Học Sinh: kể cả tình trạng Giáo Dục Đặc Biệt và Tình Trạng 504 và chủng tộc/sắc tộc
3. Hồ Sơ Hiện Diện
4. Hồ Sơ Kỷ Luật
5. Môn học và điểm
6. Điểm thi
7. Hồ Sơ Ghi Danh
8. Điểm bài tập
9. Bài tập sắp tới & còn thiếu

Đơn công bố này cũng cho phép nhân viên cơ quan truy cập học bạ của con tôi bằng cách sử dụng dữ liệu cung cấp tự động qua Nha Học Chánh Seattle.

Tôi hiểu rằng mục đích của việc chia sẻ hồ sơ này với các cơ quan nói trên là để giúp chuyên viên y khoa và/hoặc chuyên viên sức khỏe tâm thần từ trung tâm y tế tại trường của con tôi biết rõ tin tức về chương trình học tập và tiến bộ của em. Cùng phối hợp với Sức Khỏe Cộng Đồng - Seattle & Quận King, nhân viên Neighborcare Health sẽ làm việc với con của tôi và/hoặc nhà trường của em để cố gắng cải thiện việc học tập thành công của em tại trường. Khoa Tâm Thần Học & Khoa Học Hành Vi thuộc Đại Học Washington chỉ được phép tiếp cận những hồ sơ giáo dục nói trên nhằm mục đích duy trì cơ sở dữ liệu an toàn để lưu giữ dữ liệu. Tôi biết rằng tôi có thể hủy bỏ đơn đồng ý này bằng cách gửi thư thông báo đến Phòng Hợp Tác Nhà Trường & Cộng Đồng của Nha Học Chánh Seattle, MS: 32-159 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124.

Bản Tiết Lộ Thông Tin này sẽ chuẩn bị sẵn các hồ sơ giáo dục nói trên, bao gồm các dữ liệu quá trình học tập của học sinh, cho nhân viên cơ quan kể từ ngày ký tên đồng ý cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2016. Tôi đồng ý cho phép Nha Học Chánh Seattle tiết lộ thông tin cho các cơ quan nói trên (vui lòng viết rõ ràng):

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ (nếu trẻ nhỏ hơn 17 tuổi): _____

Tên viết in của phụ huynh/người giám hộ: _____

Chữ ký của học sinh (nếu trẻ trên 18 tuổi): _____

Ngày hôm nay: _____

VIẾT IN Tên của Học Sinh (Tên và Họ)

Ngày Sinh của Học Sinh

ID Nha Học Chánh của Học Sinh # ID học sinh có thể tìm thấy trên thẻ ASB học sinh, phiếu điểm, thư từ chính thức của trường, hoặc bằng cách liên lạc với trường của học sinh