

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? West Seattle 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:

- Mẫu Tiền Sử Bệnh (trang 2)
- Mẫu Đơn Đăng Ký (trang 3)
- Mẫu Đồng Ý (trang 4)
- 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. West Seattle 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.

West Seattle 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 West Seattle Elementary SBHC theo số 206-548-3164.

Trân trọng,
Vickie Sacco
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

 Centros de salud escolar (SBHC)

 Formulario de historial médico del adolescente

Para ayudarnos a brindar la mejor atención a su hijo, complete este formulario con la mayor cantidad de datos que sea posible. Para hacer una cita, sírvase llamar al Centro de Salud Escolar (el número telefónico está en la carta). Muchas Gracias.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

(Nombre)

(Apellido)

(Nombre en letra de imprenta de la persona que completó el formulario)

(Parentesco con el estudiante (si no es el mismo))

(Fecha en que se completó el formulario)

PREGUNTAS ACERCA DE SU HIJO

- Sí No ¿Tiene una clínica o médico de atención primaria? En caso afirmativo, suministre:
 Nombre del proveedor: _____ Teléfono: _____
- Sí No ¿Su hijo se ha realizado un chequeo o examen físico completo durante el último año?
- Sí No ¿Su hijo se ha realizado un chequeo dental durante el último año?
- Sí No ¿Su hijo tiene alergia a algún MEDICAMENTO? 1) _____ 2) _____ 3) _____
- Sí No ¿Su hijo tiene alergia a alguna otra cosa? (alimentos, ácaros del polvo, etc.)
 Si su respuesta es afirmativa, diga cuáles: 1) _____ 2) _____ 3) _____
- Sí No ¿Su hijo toma algún medicamento regularmente? (incluya vitaminas y medicamentos de venta libre)
- | Medicamentos | Dosis | Motivo |
|--------------|-------|--------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan):

Problemas de salud crónicos o constantes:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos/Infecciones en el oído |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Bajo peso o exceso de peso |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Caries/Problemas dentales |

Problemas de salud agudos o urgentes, incluso infecciones:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lesiones óseas o articulares | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Accidente o caída grave |
| <input type="checkbox"/> Infección urinaria o renal | <input type="checkbox"/> Desmayos o desvanecimientos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Infección de tuberculosis) |

Otras cuestiones de bienestar:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exceso de preocupaciones o estrés | <input type="checkbox"/> Problemas escolares o de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de alcoholismo o drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta o de manejo de la ira | <input type="checkbox"/> Mi hijo ha sido amenazado o acosado por alguien |

Problemas escolares o de aprendizaje en este o el último año escolar:

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calificaciones bajas | <input type="checkbox"/> Calificaciones reprobatorias | <input type="checkbox"/> Suspensión |
| <input type="checkbox"/> Asistencia | <input type="checkbox"/> Problemas de relación con los estudiantes o adultos | |

Otras condiciones médicas o necesidades especiales de atención a la salud:

Descríbalas: _____

Marque todas las afirmaciones que, según usted considera, generalmente son verdaderas para su hijo:

- Mi hijo tiene un comportamiento acorde con un estilo de vida sano, come alimentos sanos, se mantiene activo y seguro.
- Mi hijo tiene por lo menos un adulto en su vida que se preocupa por él y a quien puede recurrir si necesita ayuda.
- Mi hijo tiene por lo menos un amigo o un grupo de amigos con quienes se siente cómodo.
- Mi hijo ayuda o participa activamente en un grupo de la escuela, una organización religiosa o la comunidad.
- Mi hijo es capaz de recuperarse de las decepciones que forman parte de la vida.
- Mi hijo siente esperanza y confianza en sí mismo.

PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA

¿Quién vive en su hogar? _____

- Sí No ¿Han tenido algún cambio o problema importante durante el año pasado? En caso afirmativo, ¿cuál? _____
- Sí No ¿Alguna de las personas que vive en su casa fuma cigarrillos o cigarros?
- Sí No En las comidas ¿comparten la mesa familiar?
- Sí No ¿Hay algún arma de fuego en su casa?

Historial médico familiar: (Marque todas las opciones que correspondan) Padre Madre Otros parientes (tía, tío, abuela, abuelo)

Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer; Identifique el tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco o apoplejía antes de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de alcoholismo o drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte súbita o inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis (Infección de tuberculosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso físico, sexual o verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades o condiciones, explique: _____	<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: _____
Số Điện Thoại Của Học Sinh: _____ (Lưu Động/Loại Khác)	Ngày Sinh Của Phụ Huynh/ Giám Hộ: _____ Ngày Sinh Của Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Điện Thư Của Học Sinh: _____	Số Điện Thoại Nhà của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

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)	Địa chỉ của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: <input type="checkbox"/> Giống với địa chỉ của học sinh 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"/> TỪ CHỐI NÊU RÕ <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 TIN/NGƯỜI Á CHÂU <input type="checkbox"/> KHÔNG PHẢI NGƯỜI GỐC MỸ LA TIN
---	---

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 Caùc Dòch Vui Y Tế

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, chũng 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 ồng thuận cho việc giới thiệu chăm sóc, vaø nếu cần, vaän chuyên cấp cứu nếu cần caùc baùc số khauùc, caùc chuyeän vieän y teá, beänh vieän, y vieän, hoaëc caùc cô quan y teá khauùc khi ñoïc coi laø cần thiết do ban nhân viên của Neighborcare Health SBHC. Giaáy cho pheùp naøy khoàng cho pheùp ñoïc caùc dòch vui maø khoàng coù sõi ồng thuận của hoïc sinh, troø phi hoïc sinh naøy khoàng coù khauùc naêng ồng thuận. 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 khám trong cộng đồng có thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc nha khoa maø chuùng tôi phuïc vui ñeå baùc ñaím vieäc chaêm soùc ñoïc pháoi hoïp.

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 thuận cho hoïc sinh ñoïc nhaän caùc dòch vui ôu maët trong nhöõng y vieän sau ñây của 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 cuõa Tieáu Bang Washington, SBHC seõ cung caáp vaø troõ giuùp hoïc sinh trong vieäc coù ñoõic soõ saên soüc töø beân ngoaøi neáu caàn. Theo luaät phaùp cuõa Tieáu Bang Washington, thanh thieáu nieân coù theá töõ nhaân vieäc saên soüc heã sinh duïc ôõ baát kyø löõa tuoái naøo maø khoâng caàn coù soõ öng thuaän cuõa phuõ huynh/ngoõõoi giaùm hoã. Thanh thieáu nieân coù theá töõ nhaân caüc döch vui cai ma tuùy vaø cai röõiu vaø döch vui coá vaán taãm thaàn töø 13 tuoái troõ leân maø khoâng caàn coù soõ öng thuaän cuõa phuõ huynh/ngoõõoi giaùm hoã. SBHC khuyeán khích moãi hoïc sinh neân coù phuõ huynh hoaëc ngoõõoi giaùm hoã cuõa em lieân quan ñeán caüc quyeaät ñoõnh veà soüc khoõe khi coù theá ñoõic. Khi aùp duõng ñoõic, SBHC seõ troõ giuùp hoïc sinh trong vieäc thaõo luaän caüc troõoõng hoõp naøy vöõi phuõ huynh/ngoõõoi giaùm hoã.

Vì thanh thieáu nieân coù theá öng thuaän ñeã ñoõic ñieàu trò, luaät phaùp quy ñoõnh phaõi coù soõ öng thuaän cuõa caüc em ñeã tieát loã thoáng tin veà vieäc thai ngheùn vaø caüc beãnh hoa lieäu (bao goàm thoõ ngheãm HIV/AIDS). Luaät phaùp quy ñoõnh phaõi có sự ñoõng thuaän cuõa hoïc sinh töø 13 tuoái troõ leân, vaø sự ñoõng ý cuõa cha mẹ/nguõõoi giaùm hoõ döõi vớ hoïc sinh döõi 12 tuoái ñeã tieát loã thoáng tin veà döõc vụ cai ngheãn ruõu vaø ma túy hoäc döõc vụ tư vãn sức khoõ 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
West Seattle Elementary School
6760 34th Ave SW
Seattle, WA 98126
(206) 548-3164

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 Nhà 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 Ký 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 Nhà 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 Nhà 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 Nhà 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 Nhà 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