

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 High School 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 sinh sản
- Giới thiệu đến các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác nếu cần
- Chăm sóc sức khỏe tâm thần, xã hội, và tình cảm

**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.** West Seattle High School 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 High School 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 High School SBHC theo số 206-658-8048.

Trân trọng,  
Ruth Medsker  
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](http://www.neighborcare.org) hoặc gọi đến Trung Tâm Y Tế tại Trường.*

  
**neighborcare health**  
 Trung Tâm Y Tế Tại Trường  
 Mẫu Tiểu Sử Y Tế Trẻ Vị Thành Niên

Để giúp chúng tôi cung ứng chăm sóc tốt nhất cho con của quý vị, xin điền và mẫu đơn này càng đầy đủ càng tốt. Nếu quý vị muốn lấy hẹn, xin gọi Trung Tâm Y Tế Tại Trường (số điện thoại trên lá thư). Cảm ơn quý vị.

Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Tên)

(Họ)

(Viết In Tên Của Người Điền Đơn)

(Mối Quan Hệ Với Học Sinh (nếu không phải chính bản thân))

(Ngày Điền Đơn)

**THẮC MẮC VỀ CON CỦA QUÝ VỊ:**

- Có  Không Có Bác Sĩ Chăm Sóc Chính hoặc Y Viện không? Nếu Có, xin cho biết:  
 Tên Chuyên Viên Chăm Sóc: \_\_\_\_\_ # Điện Thoại: \_\_\_\_\_
- Có  Không Con của quý vị có khám sức khỏe tổng quát hoặc khám toàn diện trong năm ngoái không?
- Có  Không Con của quý vị có khám nha khoa năm ngoái không?
- Có  Không Con của quý vị có dị ứng bất cứ **DUỐC PHẨM** nào không? 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_
- Có  Không Con của quý vị có dị ứng với bất cứ gì khác không? (thực phẩm, bụi bặm, v.v.)  
 Nếu Có, xin liệt kê: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_
- Có  Không Con của quý vị có uống thuốc thường xuyên không? (kể cả thuốc vitamin hoặc thuốc không cần toa)  
 Dược phẩm Liều lượng Lý do  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

**Con của quý vị có bị bất cứ vấn đề nào sau đây không (Đánh dấu tất cả những vấn đề áp dụng):**

**Các Vấn Đề Sức Khỏe Mãn Tính hoặc Liên Tục:**

- Vấn Đề Thị Lực  Tiểu Đường  Vấn Đề Thính Lực/Nhiễm Trùng Tai  
 Hen Suyễn  Bệnh Thiếu Máu  Thiếu trọng lượng hoặc thừa trọng lượng  
 Vấn Đề Tim  Cao Huyết Áp  Sâu Răng/Vấn Đề Nha Khoa

**Các Vấn Đề Cấp Tính hoặc Khẩn Cấp, kể cả Nhiễm Trùng:**

- Tổn Thương Xương hoặc Khớp Xương  Bệnh Thủy Đậu  Tai nạn hoặc té ngã nặng  
 Nhiễm Trùng Bàng Quang hoặc Thận  Ngất hoặc Xỉu  Lao Phổi hoặc Nhiễm Trùng Phổi

**Các Quan Ngại Khác Về Tình Trạng Sức Khỏe:**

- Lo lắng hoặc căng thẳng quá nhiều  Các Vấn Đề Học Tập Ở Trường  Vấn Đề Nghiện Rượu hoặc Ma Túy  
 Hội Chứng Thiếu Tập Trung  Các Vấn Đề Về Hành Vi hoặc Nóng Giận  Trầm Cảm

**Tình Trạng Sức Khỏe Khác:** Lưu lại bệnh viện, giải phẫu, vấn đề khi ra đời, tình trạng tăng trưởng, tuyến giáp, viêm gan, ung thư, chấn thương hoặc lạm dụng.

Miêu tả: \_\_\_\_\_

**Đánh dấu tất cả những điều quý vị cảm thấy nói chung đúng đối với con của quý vị:**

- Con tôi tham gia vào hoạt động hỗ trợ một lối sống lành mạnh; ăn uống thức ăn tốt cho sức khỏe, năng động, và an toàn.  
 Con tôi có ít nhất một người lớn trong đời quan tâm đến em và em có thể đi đến người này để được giúp đỡ.  
 Con tôi có ít nhất một người bạn hoặc một nhóm bạn mà em cảm thấy thoải mái.  
 Con tôi giúp đỡ và năng động trong một nhóm ở trường, một tổ chức đức tin, hoặc một cộng đồng.  
 Con tôi có thể hồi phục từ những thất vọng trong cuộc sống.  
 Con tôi biết hy vọng và tự tin.  
 Con tôi đặc biệt giỏi ở một số lĩnh vực nào đó chẳng hạn như toán, thể thao, biểu diễn, nấu ăn, hoặc viết.  
 Tôi và con tôi đã nói chuyện về những thay đổi thể chất và tình cảm ở lứa tuổi của chúng.  
 Con tôi có TV và/hoặc máy vi tính ở nơi chúng ngủ.

**NHỮNG CÂU HỎI VỀ GIA ĐÌNH CỦA QUÝ VỊ:**

- Có bao nhiêu người sống trong nhà của quý vị? \_\_\_\_\_
- Có  Không Có những thay đổi hoặc thử thách lớn nào trong năm vừa qua không? Nếu có, xin trình bày: \_\_\_\_\_
- Có  Không Có người nào sống trong nhà hút thuốc hoặc hút xì gà không?
- Có  Không Quý vị có ăn tối chung với nhau như một gia đình không?
- Có  Không Có súng trong nhà quý vị không?

**BỆNH SỬ CỦA GIA ĐÌNH: (Đánh dấu tất cả những vấn đề áp dụng)**

	Cha:	Mẹ:	Thân Nhân Khác (Xin xác định)
Hen suyễn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ung Thư; Xác Định Loại Ung Thư	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiểu Đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhồi Máu Cơ Tim hoặc Đột Quy trước tuổi 55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cao Huyết Áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cao Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các Vấn Đề Nghiện Rượu hoặc Ma Túy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trầm Cảm hoặc Lo Âu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chết Bất Đắc Kỳ Tử hoặc Không Giải Thích Được	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đông Máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viêm Phổi (Nhiễm Trùng Phổi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hành Hạ Thể Chất, Lạm Dụng Tình Dục hoặc Xỉ Vả	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các Bệnh Tật hoặc Tình Trạng Khác, giải thích: _____	<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):	<b>Phụ Huynh, Người Giám Hộ Hoặc Người Chịu Trách Nhiệm:</b> 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

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

<b>NGÔN NGỮ (Ngôn ngữ chính dùng ở nhà của học sinh):</b> <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: _____	<b>Tình Trạng Học Sinh</b> 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

<b>Chủng Tộc của Học Sinh:</b> <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	<b>Dân Tộc của Học Sinh:</b> <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.

<b>Chữ ký</b>	<b>Mối Quan Hệ Với Học Sinh</b>	<b>Ngày</b>
---------------	---------------------------------	-------------

# Trung Tâm Y Tế Tại Trường Thuộc Neighborcare Health

## Bản Đồng Thuận Cho Các Dịch Vụ 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 ngứa, nghiến 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 ưng thuận cho việc giới thiệu chăm sóc, và nếu cần, vận chuyển cấp cứu đến các bác sĩ, chuyên viên y tế, bệnh viện, y viện, hoặc các cơ quan y tế khác khi ban nhân viên của Neighborcare Health SBHC cho là cần thiết. Giấy cho phép này không cho phép được cấp các dịch vụ mà không có sự ưng thuận của học sinh, trừ phi học sinh này không có khả năng ưng 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 cộng tác với các chuyên viên khác trong cộng đồng có thể cũng đang gặp những bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ để đảm bảo việc chăm sóc được 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. Với sự đồng thuận này, các dịch vụ có thể được nhận tại bất cứ phòng khám Neighborcare Health nào khác sau đây:

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): T. 206-722-8444  
Greenwood Medical Clinic  
(Y Viện Greenwood): 206-782-8660  
Lake City Medical Clinic  
(Y Viện Lake City): 206-417-0326  
Georgetown Dental Clinic  
(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 của Học Sinh: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Chữ Ký Phụ Huynh/Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

## HÔNG TIN QUAN TRỌNG BỔ SUNG

Thế theo luật pháp của Tiểu Bang Washington, SBHC sẽ cung cấp và trợ giúp học sinh trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc từ bên ngoài nếu cần. Theo luật pháp của Tiểu Bang Washington, thanh thiếu niên có thể tự tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở bất kỳ lứa tuổi nào mà không cần có sự ửng thuận của phụ huynh/người giám hộ.

Thanh thiếu niên có thể tự nhận các dịch vụ cai ma túy và cai rượu và dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần từ 13 tuổi trở lên mà không cần có sự ửng thuận của phụ huynh/người giám hộ. SBHC khuyến khích mỗi học sinh nên mời phụ huynh hoặc người giám hộ của em tham gia vào các quyết định về sức khỏe bất cứ khi có thể. Khi phù hợp, SBHC sẽ trợ giúp học sinh trong việc thảo luận các trường hợp này với phụ huynh/người giám hộ.

Vì thanh thiếu niên có thể ửng thuận cho điều trị, luật pháp quy định phải có sự ửng thuận của các em để tiết lộ thông tin về việc thai nghén và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm thử nghiệm HIV/AIDS) Luật pháp quy định phải có sự đồng thuận của học sinh từ 13 tuổi trở lên, và sự đồng ý của cha mẹ/người giám hộ đối với học sinh dưới 12 tuổi để tiết lộ thông tin về dịch vụ cai nghiện rượu và ma túy hoặc dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần.



## 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 5<sup>th</sup> Ave #1000  
Seattle, WA 98104  
206.263.8350

Neighborcare Health at  
West Seattle High School  
3000 California Ave SW  
Seattle, WA 98116  
(206) 658-8048

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 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 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