

NIÊN KHÓA 2019–2020

Kính gửi Phụ huynh/Người Giám hộ:

Quý vị có biết rằng con quý vị có thể được **chăm sóc sức khỏe** tại trường? Roxhill Elementary School có một trung tâm y tế tại trường (school-based health center, SBHC) ở trong toà nhà này và có các dịch vụ dành cho tất cả các học sinh. SBHC được điều hành bởi Neighborcare Health, một trung tâm y tế cộng đồng phục vụ hơn 75,000 người tại Seattle và Vashon Island mỗi năm.

SBHC đem đến một môi trường thân thiện với trẻ và tất cả các dịch vụ của bác sĩ gia đình mà không cần rời khỏi trường. SBHC cung cấp các buổi hẹn trước, trong và sau giờ học. Neighborcare Health cam kết hình thành cơ sở chăm sóc sức khỏe và khuyến khích mối quan hệ lâu dài giữa bệnh nhân và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y khoa, nha khoa và sức khỏe tâm thần.

Để sử dụng các dịch vụ của SBHC, 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 3-4)**
- Mẫu Đơn Chấp thuận (trang 5)**
- Đơn Chấp thuận Tầm soát Nha khoa (trang 6)**
- Đơn Tiết lộ Hồ sơ Giáo dục (trang 7) (Tùy chọn)**

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 trực tiếp đem các giấy tờ này đến SBHC hoặc văn phòng chính của trường học.

Đơn Tiết lộ Hồ sơ Giáo dục đã điền đầy đủ cho phép chia sẻ hồ sơ giáo dục của con quý vị với Neighborcare Health. Việc tiếp cận các hồ sơ giáo dục 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. Roxhill Elementary School SBHC được sự hỗ trợ từ Thuế Gia Đình và Giáo Dục, nhưng khoản tài trợ này không thể đài thọ 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 tiếp tục với quý vị. Quý vị cũng có thể gọi trực tiếp đến SBHC để đề nghị hỗ trợ đăng ký bảo hiểm y tế.

Roxhill Elementary School may mắn có SBHC và tôi hy vọng rằng quý vị sẽ tận dụng nguồn lực này cho con quý vị. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc cần hỗ trợ, vui lòng gọi đến Roxhill Elementary School SBHC theo số 206-452-2660.

Trân trọng,

Roxhill Elementary School

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG MẪU TIỀN SỬ Y TẾ



Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này để giúp chúng tôi cung cấp cho con quý vị các dịch vụ chăm sóc chất lượng. Con quý vị sẽ được mời đến trung tâm y tế để khám tầm soát sức khỏe nhằm đánh giá cân nặng, chiều cao, huyết áp và lịch sử tiêm chủng, và hoàn thành đánh giá nguy cơ sức khỏe. Trung tâm y tế sẽ liên hệ với quý vị nếu có bất kỳ khuyến nghị nào nhằm hỗ trợ sức khỏe và khả năng sẵn sàng học tập của con quý vị. Sẽ cần có sự chấp thuận bổ sung từ phụ huynh/người giám hộ trước khi cung cấp bất kỳ loại vắc xin nào. Vui lòng liên hệ với trung tâm y tế nếu con quý vị gặp vấn đề về sức khỏe và cần đặt lịch thăm khám.

| | | | |
|-----------------|--|----|---|
| HỌC SINH | Tên | Họ | Ngày sinh / / |
| | Tên viết In hoa của Người Hoàn thành Mẫu đơn | | Mối Quan hệ với Học sinh (nếu không phải là học sinh) Ngày Hoàn thành Đơn / / |
| | Số Điện thoại Liên hệ Dễ nhất | | Thời gian Gọi Phù hợp nhất |

CÁC CÂU HỎI VỀ CON QUÝ VỊ:

Có Không Con quý vị có bác sĩ hoặc phòng khám chăm sóc chính không?
 Tên Nhà Cung cấp Dịch vụ Chăm Sóc: Phòng khám: Điện thoại:

Có Không Con quý vị có kiểm tra sức khoẻ hoặc khám thể chất toàn diện trong một năm qua không?

Có Không Con quý vị có đi khám nha khoa trong một năm qua không?

Có Không Con quý vị có bị dị ứng thuốc hoặc các dị ứng khác không?
 (Mô tả):

Có Không Con quý vị có uống bất kỳ loại thuốc nào không? (Kể cả các loại vitamin hoặc thuốc không cần toa)

| Thuốc | Liều lượng | Lý do |
|-------|------------|-------|
| | | |
| | | |

Có Không Con quý vị có đang gặp phải bất kỳ vấn đề nào về sức khỏe hoặc quan ngại về sức khỏe hiện tại không?
 (Mô tả):

Có Không Con quý vị đã từng nhập viện hoặc phẫu thuật chưa?
 (Mô tả):

Có Không Con quý vị có bất kỳ nhu cầu hoặc quan ngại nào về vấn đề học tập/ở trường nào không?
 Vấn đề về chuyên cần Điểm số không đạt hoặc ngày càng tệ Giáo dục đặc biệt Khác:

Có Không Quý vị có bất kỳ quan ngại nào về sức khỏe con mình không? (như: quá lo lắng, căng thẳng, trầm cảm, lo âu, v.v.)
 (Mô tả):

CÁC CÂU HỎI VỀ GIA ĐÌNH CỦA QUÝ VỊ:

Ai sống trong gia đình quý vị?
 Nếu con quý vị cũng sống trong một gia đình khác, ai sống ở đó?

Có Không Có thay đổi hoặc thử thách lớn nào trong gia đình quý vị trong năm qua không?
 Nếu có, hãy mô tả:

Có Không Có ai sống cùng con quý vị hút thuốc, xì gà, thuốc lá điện tử hoặc cần sa không?

Có Không Quý vị có lo lắng về việc sẽ không có đủ thức ăn hoặc tiền bạc để nuôi sống gia đình mình không?

Có Không Có súng trong nhà quý vị không? Nếu có, nó có được khóa lại không? Có Không

Có Không Con quý vị là con nuôi phải không?

TIỀN SỬ Y TẾ GIA ĐÌNH (Chọn tất cả các mục phù hợp)

| Thành viên gia đình | Không có vấn đề nào được biết đến | Lạm dụng rượu/ma túy | Viêm khớp | Hen suyễn | Ung thư | Bệnh tim | Trầm cảm | Béo phì | Cholesterol cao | Cao huyết áp | Bệnh thận | Bệnh tâm thần | Đột quỵ | Bệnh về thị lực |
|---------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------|-----------|---------|----------|----------|---------|-----------------|--------------|-----------|---------------|---------|-----------------|
| Mẹ | | | | | | | | | | | | | | |
| Cha | | | | | | | | | | | | | | |
| Thành viên khác: | | | | | | | | | | | | | | |
| Thành viên khác: | | | | | | | | | | | | | | |

Có ai trong gia đình có tiền sử mắc bệnh hoặc mắc bệnh mạn tính không?

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN



Vui lòng hoàn thành đầy đủ mẫu đơn này để giúp chúng tôi cung cấp cho con quý vị các dịch vụ chăm sóc chất lượng. Sự chấp thuận này sẽ luôn được duy trì hoạt động năm này qua năm khác. Vui lòng nộp yêu cầu bằng văn bản để rút lại giấy chấp thuận dịch vụ.

Vui lòng hoàn thành phần 1-8.

| 1. THÔNG TIN BỆNH NHÂN | | | | | |
|---|-----------|---|---|---|---|
| TÊN HỌC SINH Họ | | Tên | Tên đệm | Họ trước đó | Tên thường gọi |
| NGÀY SINH CỦA HỌC SINH / / | | GIỚI TÍNH KHI SINH <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | | GIỚI TÍNH HIỆN TẠI <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> X | |
| THÔNG TIN NHẬN DẠNG GIỚI TÍNH | | <input type="checkbox"/> Giới tính Bổ sung hoặc Giới tính khác _____ <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nữ thành Nam <input type="checkbox"/> Nam thành Nữ <input type="checkbox"/> Nam | | | <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ <input type="checkbox"/> Giới tính khác biệt |
| KHUYNH HƯỚNG TÍNH DỤC | | <input type="checkbox"/> Lưỡng tính <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ <input type="checkbox"/> Đồng tính nữ, đồng tính nam hoặc đồng tính luyến ái <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Dị tính <input type="checkbox"/> Khác _____ | | | |
| ĐẠI TỪ THƯỜNG DÙNG | | <input type="checkbox"/> Không rõ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Anh ấy, của anh ấy <input type="checkbox"/> Họ, của họ <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Cô ấy, của cô ấy <input type="checkbox"/> Ze, Hir | | | |
| ĐỊA CHỈ GỬI THƯ | | APT | ĐỊA CHỈ PHỤ (nếu khác địa chỉ trên) | | APT |
| THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP |
| NGÔN NGỮ THƯỜNG DÙNG CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ? | | | | | |
| HỌC SINH CÓ PHẢI LÀ MỘT CỰU CHIẾN BINH CỦA HOA KỲ KHÔNG? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | | | | |
| THÔNG TIN LIÊN LẠC | | | | | |
| SỐ ĐIỆN THOẠI THƯỜNG DÙNG <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Điện thoại gọi ban ngày | | | ĐỊA CHỈ E-MAIL CÁ NHÂN | | |
| SỐ ĐIỆN THOẠI PHỤ <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Điện thoại gọi ban ngày | | | ƯU TIÊN THÔNG BÁO (chọn một) <input type="checkbox"/> Tin nhắn đến điện thoại di động <input type="checkbox"/> Thư thoại nhắc nhở/cuộc gọi đến điện thoại di động <input type="checkbox"/> Gọi đến điện thoại nhà <input type="checkbox"/> Tùy chọn | | |
| 2. THÔNG TIN NHÂN KHẨU BỆNH NHÂN | | | | | |
| HỌC SINH CÓ BỊ KHUYẾT TẬT HOẶC TÀN TẬT KHÔNG? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | ĐẦU LÀ MÔ TẢ ĐÚNG NHẤT VỀ HỘ GIA ĐÌNH QUÝ VỊ? <input type="checkbox"/> Gia đình riêng <input type="checkbox"/> Mẹ đơn thân <input type="checkbox"/> Bố đơn thân <input type="checkbox"/> Có cả bố mẹ <input type="checkbox"/> Không rõ | | | |
| 3. THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ | | | | | |
| Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được Thông báo về Thực hành Bảo vệ Quyền Riêng tư của Neighborcare Health. Tôi hiểu rằng Neighborcare Health có thể liên hệ với tôi để nhắc nhở lịch hẹn, thông báo kết quả xét nghiệm, các lựa chọn điều trị hoặc các lợi ích và dịch vụ liên quan đến sức khỏe khác qua điện thoại, tin nhắn, email hoặc thư thoại. | | | | | Ký tắt |
| 4. NGƯỜI LIÊN HỆ TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP | | | | | |
| HỌ | | TÊN | | NGÀY SINH / / | GIỚI TÍNH <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ |
| ĐỊA CHỈ | | APT | | MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN | |
| THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP | ĐIỆN THOẠI | | |

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN



Tiếp theo ở mặt sau.

| 5. PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ (NẾU BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI) | | | |
|---|---------------------------------|--|---|
| HỌ CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ | TÊN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ | NGÀY SINH / / | GIỚI TÍNH <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ |
| ĐỊA CHỈ GỬI THƯ | APT | MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN <input type="checkbox"/> Phụ huynh <input type="checkbox"/> Người giám hộ <input type="checkbox"/> Khác | |
| THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP | ĐIỆN THOẠI |

| 6. CÂU HỎI BỔ SUNG (Chọn một câu trả lời cho mỗi câu hỏi) | | | |
|---|--|---|--|
| QUÝ VỊ LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ HOẶC ĐANG Ở MỘT KHU NHÀ TẠM PHẢI KHÔNG? | <input type="checkbox"/> Ở chung <input type="checkbox"/> Nhà trợ cấp | <input type="checkbox"/> Không phải vô gia cư <input type="checkbox"/> Tạm trú | <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Ngoài đường |
| TÌNH TRẠNG NGƯỜI LAO ĐỘNG NHẬP CƯ | Tại bất kỳ thời điểm nào trong hai năm qua, công việc nông nghiệp di trú hoặc theo mùa vụ là nguồn thu nhập chính của quý vị hoặc gia đình quý vị? | | <input type="checkbox"/> Không có công việc nông nghiệp <input type="checkbox"/> Có, Công việc nông nghiệp di trú <input type="checkbox"/> Có, Công việc nông nghiệp theo mùa vụ |
| QUÝ VỊ CÓ SỬ DỤNG THÔNG DỊCH VIÊN KHÔNG? | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| CHŨNG TỘC HOẶC NỀN TẢNG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ LÀ GÌ? | <input type="checkbox"/> Người da đỏ/Alaska bản địa <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một chủng tộc | <input type="checkbox"/> Người gốc Á <input type="checkbox"/> Người dân đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời | <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen/gốc Phi <input type="checkbox"/> Người da trắng |
| QUÝ VỊ LÀ NGƯỜI MỸ GỐC TÂY BAN NHA HAY NGƯỜI MỸ GỐC TÂY BAN NHA VÀ LA-TINH? | <input type="checkbox"/> Đúng, người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc La-tinh | | |
| THU NHẬP | Tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu? | | \$ MỖI THÁNG |
| TỔNG SỐ NGƯỜI TRONG HỘ GIA ĐÌNH | Số thành viên trong hộ gia đình được báo cáo trong báo cáo thuế thu nhập liên bang? | | |
| SỐ ID HỌC SINH | | | |

| 7. BẢO HIỂM | | | |
|---|--|-------------------------------|--|
| QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM KHÔNG? (Nếu có, vui lòng trình thẻ bảo hiểm cho nhân viên lễ tân.) | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| Tên Bảo hiểm Chính: | | Tên Người Ghi danh: | |
| Mối Quan hệ với Người Ghi danh: | | Ngày Sinh của Người Ghi danh: | |
| Số Chứng minh/Hợp đồng Bảo hiểm: | | Số Chương trình (Nếu có): | |
| Số Nhóm (Nếu có): | | Tên Nhóm (Nếu có): | |
| Ngày Có Hiệu lực: | | Số Điện thoại Bảo hiểm: | |

| 8. CHỮ KÝ CHO PHÉP TIẾT LỘ VÀ CHẤP THUẬN | | |
|--|---------------------------|-------------|
| <p>CHỨNG NHẬN THÔNG TIN VÀ CHẤP THUẬN CHO PHÉP CHĂM SÓC: Tôi xác nhận rằng thông tin ghi danh mà tôi đã báo cáo cho Neighborcare Health hiện thời là đúng và tôi hiểu rõ rằng bất cứ hành vi cố ý khai gian thông tin nào cũng có thể khiến tôi phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ cho các dịch vụ mà tôi đã nhận được. Tôi cho phép ban nhân viên y khoa, sức khỏe tâm thần và nha khoa được thực hiện những điều 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 (các) vấn đề về sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng việc chăm sóc sức khỏe có thể được cung cấp bởi một Bác sĩ, Y tá Thực hành, Trợ lý Bác sĩ hoặc các nhân viên được cấp phép khác. Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần có thể được cung cấp bởi một Bác sĩ Tâm thần, Nhà tâm lý học hoặc nhân viên được cấp phép khác. Tôi hiểu rằng việc chăm sóc nha khoa có thể được cung cấp bởi các Nha sĩ có giấy hành nghề, các Chuyên viên Vệ sinh Răng, sinh viên Nha khoa hoặc sinh viên Vệ sinh Răng miệng hay các tình nguyện viên được đào tạo theo Đạo luật Hành nghề Nha Khoa của Tiểu bang Washington (Washington State Dental Practice Act). Việc cho phép này sẽ có hiệu lực trừ khi sự chấp thuận bị hủy bỏ bằng cách gửi thư báo cho Trường Ban Y khoa/Nha khoa. Việc chỉ định và cho phép tiết lộ này cho phép Neighborcare Health được tiết lộ cho công ty bảo hiểm của tôi, Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) hoặc Sở Dịch vụ Xã hội và Y tế (Department of Social and Health Services, DSHS) bất cứ thông tin nào cần thiết để quyết định chi trả cho các dịch vụ có liên quan. Bằng văn bản này, tôi cho phép bất cứ hãng bảo hiểm nào tôi có hợp đồng thanh toán trực tiếp mọi phúc lợi của hợp đồng bảo hiểm cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã cung ứng các dịch vụ đó cho tôi. Tôi đồng ý chi trả đầy đủ tất cả các khoản tiền không được thanh toán toàn bộ bởi công ty bảo hiểm được chỉ định.</p> | | |
| CHỮ KÝ | MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN | NGÀY / / |

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG BẢN CHẤP THUẬN VỀ CÁC DỊCH VỤ Y TẾ



Trung tâm y tế tại trường của Neighborcare Health được đặt tại các Trường Công ở Seattle và Học khu Vashon Island. Neighborcare Health phải nhận được các bản chấp thuận có chữ ký của cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp trước khi cung cấp các dịch vụ, trừ trường hợp luật pháp liên bang hoặc tiểu bang cho phép học sinh tiếp cận việc điều trị mà không cần được cha mẹ/người giám hộ đồng ý. Học sinh không cần được đăng ký tại trung tâm y tế để nhận các dịch vụ từ y tá nhà trường.

Qua mẫu đơn này tôi yêu cầu và cho phép: (Tên học sinh viết in hoa bên dưới.)

| Tên | Chữ đầu của Tên đệm | Họ | Ngày sinh / / |
|-----|---------------------|----|------------------|
|-----|---------------------|----|------------------|

nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe có từ và được các nhân viên của trung tâm y tế tại trường (school-based health center, SBHC) thuộc Neighborcare Health cho là cần thiết. Các dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở: 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 hoặc chăm sóc sức khỏe cho thiếu niên, đánh giá và điều trị bệnh cấp tính và các thương tích, chùng ngừa, nghiên cứu máu, chụp phim, 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 chấp 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 nhân viên của Neighborcare Health SBHC cho là cần thiết. Sự ủy quyền này không cho phép thực hiện các dịch vụ khi không có sự chấp thuận của học sinh, trừ khi học sinh đó không thể chấp thuận. Neighborcare Health cam kết tạo lập một mái nhà chăm sóc sức khỏe bao gồm chăm sóc y tế, răng miệng và sức khỏe tâm thần và Neighborcare Health khuyến khích các mối quan hệ lâu dài giữa bệnh nhân và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Neighborcare Health cộng tác với các nhà cung cấp khác trong cộng đồng có thể cũng đang thăm khám cho những bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ để đảm bảo việc chăm sóc được phối hợp.

Dựa theo luật tiểu bang và/hoặc liên bang, khi giấy chấp thuận được cung cấp để chăm sóc, thông tin chăm sóc sức khỏe phải được bảo mật. Có một số ngoại lệ; ví dụ:

1. Sự cho phép được cung cấp bởi bệnh nhân hoặc cha mẹ/người giám hộ thông qua biểu mẫu tiết lộ thông tin có chữ ký.
2. Bệnh nhân thể hiện nguy cơ gây tổn hại rõ rệt cho bản thân hoặc người khác.
3. Bệnh nhân có vấn đề sức khỏe nguy hiểm đến tính mạng và dưới 18 tuổi.
4. Có lý do nghi ngờ bị ngược đãi hoặc bỏ bê.
5. Phải báo cáo một số bệnh truyền nhiễm cho cơ quan quản lý y tế công cộng.

Giấy chấp thuận được cung cấp để chia sẻ thông tin cần thiết với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại SBHC, bao gồm việc trao đổi thông tin giữa bác sĩ trị liệu sức khỏe tâm thần, y tá hoặc trợ tá vật lý trị liệu và y tế nhà trường, với mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho học sinh có tên ở trên. Để tạo điều kiện hợp tác chăm sóc, hồ sơ y tế SBHC của học sinh sẽ được cung cấp cho nhân viên của Neighborcare Health tại SBHC. Giấy chấp thuận được trao cho y tá nhà trường để cho học sinh sử dụng các loại thuốc có trong tủ thuốc (ví dụ, Ibuprofen, Tylenol, Tums, v.v.) như được nhà cung cấp dịch vụ y tế 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 chấp thuận này, học sinh có thể nhận các dịch vụ tại bất cứ phòng khám y khoa và nha khoa nào của Neighborcare Health. Để xem danh sách các địa chỉ phòng khám, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại neighborcare.org. Để đặt lịch hẹn, hãy gọi điện cho Trung tâm Liên hệ Bệnh nhân của Neighborcare theo số 206-548-5710.

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

| | |
|--|--------------|
| Chữ ký của Học sinh: <i>(Bắt buộc đối với học sinh từ 13 tuổi trở lên)</i> | Ngày: / / |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người Giám hộ: | Ngày: / / |
| Tên của Người Giám hộ Chịu trách nhiệm Pháp lý (In): | Mối quan hệ: |

THÔNG TIN BỔ SUNG QUAN TRỌNG ĐỐI VỚI CHẤP THUẬN CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Theo luật pháp của Tiểu Bang Washington, SBHC sẽ cung cấp và trợ giúp học sinh 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 chấp thuận của phụ huynh/người giám hộ. Thanh thiếu niên (từ 13 tuổi trở lên) có thể tự nhận các dịch vụ cai ma túy và cai rượu và dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần mà không cần có sự chấp thuận của phụ huynh/người giám hộ. SBHC khuyến khích học sinh nên mời phụ huynh hoặc người giám hộ của các em tham gia vào việc đưa quyết định liên quan đến chăm sóc sức khỏe bất cứ khi nào có thể. Khi phù hợp, SBHC sẽ trợ giúp học sinh thảo luận các trường hợp này với phụ huynh/người giám hộ.

Vì thanh thiếu niên có thể chấp thuận cho điều trị, luật pháp quy định phải có sự chấp thuận của các em để tiết lộ thông tin về việc thai nghén và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm xét nghiệm HIV/AIDS). Theo luật pháp, bắt buộc phải có sự chấp thuận của học sinh từ 13 tuổi trở lên và sự chấp thuận của cha mẹ/người giám hộ đối với học sinh từ 12 tuổi trở xuống để tiết lộ thông tin về dịch vụ cai nghiện rượu và ma túy hoặc dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần. Để biết thêm thông tin về sự chấp thuận của trẻ vị thành niên, hãy truy cập: www.washingtonlawhelp.org và tìm kiếm "Chấp Thuận của Trẻ Vị Thành Niên".

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG
ĐƠN CHẤP THUẬN TẦM SOÁT NHA KHOA



| | | |
|---------|--------------|--|
| TRƯỜNG: | PHÒNG HỌC #: | Số Hồ sơ Y tế (Medical Record Number, MRN): (Dành cho Bộ phận Hành chính) |
|---------|--------------|--|

KÍNH GỬI QUÝ PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ:

Chúng tôi đang khám tầm soát nha khoa tại trường của con quý vị để thông báo cho quý vị biết tình trạng răng của con quý vị. Khám tầm soát **hoàn toàn miễn phí**.

Nếu quý vị đồng ý cho chúng tôi khám tầm soát cho con quý vị:

- Con quý vị sẽ nhận được **hai** lần khám tầm soát nha khoa trong năm học. Lần khám đầu tiên là vào **mùa thu** và lần khám thứ hai là vào **mùa xuân**.
- Chúng tôi vui lòng cho quý vị biết thông tin để đặt lịch hẹn khám nha khoa, hoặc đặt lịch hẹn cho quý vị, nếu quý vị cần một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa.
- Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao các kết quả của con quý vị. Thông tin này có thể được chia sẻ với trường của con quý vị.
- Chúng tôi có thể để lại tin nhắn trên điện thoại của quý vị nếu chúng tôi cần liên lạc với quý vị về nhu cầu nha khoa của con quý vị.

KHÁM TẦM SOÁT NHA KHOA LÀ GÌ?

Một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa của Neighborcare Health sẽ xem răng của con quý vị và **thăm định bằng mắt thường**.

Họ sẽ thoa một **lớp fluoride** nghĩa là một lớp bảo vệ được bôi lên răng để giúp ngăn ngừa sâu răng mới và để giúp ngăn chặn tình trạng sâu răng đã bắt đầu.

Khám tầm soát nha khoa **KHÔNG thay thế buổi khám nha khoa toàn diện** do nha sĩ của con quý vị thực hiện.

Phụ huynh hoặc người giám hộ vui lòng điền thông tin bên dưới và ký ở cuối mẫu đơn.

TÊN HỌC SINH:

| | | | |
|-----|------------------|----|------------------|
| TÊN | TÊN ĐỆM VIẾT TẮT | HỌ | NGÀY SINH / / |
|-----|------------------|----|------------------|

GIỚI TÍNH HỌC SINH: Nam Nữ X

TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:

| | | | |
|-----|------------------|----|------------------|
| TÊN | TÊN ĐỆM VIẾT TẮT | HỌ | NGÀY SINH / / |
|-----|------------------|----|------------------|

ĐỊA CHỈ: THÀNH PHỐ: MÃ ZIP:

ĐIỆN THOẠI:

Quý vị có muốn được liên hệ bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh không? Không Có Nếu có, ngôn ngữ nào?

Quý vị muốn nhận kết quả đánh giá nha khoa của con mình bằng cách nào?
 Vui lòng gửi chúng cho con tôi tại trường để đem về nhà.
 Vui lòng gửi chúng qua thư đến địa chỉ bên trên.

Con quý vị gặp nha sĩ lần cuối khi nào?
 Cách đây dưới 6 tháng Cách đây dưới 2 năm
 Cách đây dưới 1 năm Cách đây hơn 2 năm
 Chưa bao giờ

Con của quý vị có nha sĩ khám định kỳ không? Không Có Nếu có, ở đâu?

Quý vị có muốn giúp đỡ để tìm một nha sĩ cho con của quý vị không? Không Có

Chương trình này hoàn toàn miễn phí đối với quý vị, nhưng công ty bảo hiểm y tế của quý vị có thể nhận hóa đơn cho các dịch vụ. Xin điền vào phần bảo hiểm của mẫu đơn này để bảo đảm chúng tôi có thông tin mới nhất. Các chương trình bảo hiểm công cộng nói chung sẽ đài thọ toàn bộ lệ phí cho việc tầm soát này. Nếu bất cứ chi phí nào không được bảo hiểm đài thọ thì sẽ được các khoản trợ cấp chi trả. Học sinh hoặc gia đình tham gia vào chương trình này sẽ không bị gửi hóa đơn và không phải trả chi phí. Khám tầm soát sẽ không được ghi hóa đơn như một trong hai lần khám nha khoa hàng năm của con quý vị.

VUI LÒNG LIỆT KÊ THÔNG TIN BẢO HIỂM APPLE HEALTH HOẶC BẢO HIỂM NHA KHOA KHÁC BÊN DƯỚI:

| | | | |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----|
| TÊN BẢO HIỂM NHA KHOA: | | | |
| TÊN NGƯỜI GHI DANH: | | | |
| MỐI QUAN HỆ: | GIỚI TÍNH CỦA NGƯỜI GHI DANH: | NGÀY SINH CỦA NGƯỜI GHI DANH: | / / |

KHI KÝ MẪU ĐƠN NÀY QUÝ VỊ ĐỒNG Ý CHO PHÉP HAI LẦN KHÁM TẦM SOÁT NHA KHOA VÀ THOA FLUORIDE.

| | |
|---|------|
| CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ | NGÀY |
|---|------|



Tổ Chức Trong Cộng Đồng
Mẫu Chấp thuận của Phụ huynh/Người Giám hộ
Phê duyệt năm 2019-2020

Sức khỏe Cộng đồng – Seattle & King Quận
 Chương trình Hợp tác Tại Trường
 401 5th Ave #1000
 Seattle, WA 98104
 206.263.8350

Neighborcare Health
 1200 12th Ave S, STE 901
 Seattle, WA 98144-2712
 206-461-6935

Chấp thuận Tiết lộ Hồ sơ Giáo dục theo Luật về Quyền Giáo dục và Quyền Riêng tư của Gia đình (Education Rights and Privacy Act, FERPA)

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

1. Tên, ngày sinh và thông tin liên lạc của học sinh
2. Thông tin Nhân khẩu của Học sinh: kể cả tình trạng Giáo dục Đặc biệt và Tình trạng 504 và chủng tộc/sắc tộc
3. Hồ sơ Điểm danh
4. Hồ sơ Kỳ luật
5. Hồ sơ Môn học và Điểm số
6. Hồ sơ Điểm Thi
7. Hồ sơ Ghi danh
8. Điểm Bài tập
9. Bài tập Sắp tới & Còn thiếu

Đơn tiết lộ 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 Học khu Seattle.

Tôi hiểu rằng mục đích của việc chia sẻ hồ sơ này với các cơ quan nói trên là để giúp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và/hoặc 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 con tôi. 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 con để cố gắng cải thiện việc học tập thành công của con tại trường. Tôi biết rằng tôi có thể huỷ bỏ đơn chấp thuận này bằng cách gửi thư thông báo đến Phòng Hợp tác Nhà trường & Cộng đồng của Học khu Seattle, MS: 33-160 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 2020. Tôi đồng ý cho phép Học khu 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 từ 17 tuổi trở xuống): | |
| Tên In hoa của Phụ huynh/Người Giám hộ: | |
| <i>Chữ ký của Học sinh (nếu trẻ trên 18 tuổi):</i> | |
| Ngày Hôm nay: | |
| Tên IN HOA của học sinh (Họ và tên) | Học sinh Ngày sinh |
| **Học sinh Số ID Học khu | Trường của Học sinh |
| <i>**Số 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</i> | |

THÔNG BÁO VỀ THÔNG LỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ NHƯ THẾ NÀO. THÔNG BÁO CŨNG GIẢI THÍCH CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN CÁC THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT KỸ THÔNG BÁO.

Neighborcare Health cam kết cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc với chất lượng tốt nhất trong môi trường bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và sự bảo mật thông tin y tế của quý vị. Do đó, thông báo này giải thích về các thông lệ quyền riêng tư cũng như quyền của quý vị liên quan đến thông tin y tế của quý vị.

Người tuân theo thông lệ quyền riêng tư trong Thông Báo này

Thông lệ quyền riêng tư được mô tả trong Thông Báo này sẽ được tuân theo bởi các chuyên gia y tế, nhân viên, thực tập sinh, sinh viên và tình nguyện viên của Neighborcare Health.

Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Y Tế Không Ủy Quyền

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế mà không có ủy quyền của quý vị cho những cá nhân sau đây hoặc cho các mục đích khác được cho phép hoặc bắt buộc theo luật pháp, bao gồm:

Điều trị

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị nếu cần để cung cấp cho quý vị các dịch vụ hoặc điều trị. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của quý vị để cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị và chúng tôi có thể xin tư vấn với các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác về việc điều trị của quý vị.

Thanh toán

Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị để lập hóa đơn và thu phí điều trị mà quý vị nhận được tại Neighborcare Health từ quý vị, công ty bảo hiểm hoặc bên thứ ba khác. Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị để yêu cầu thanh toán và nhận thanh toán từ công ty bảo hiểm của quý vị và xác nhận rằng công ty bảo hiểm của quý vị sẽ thanh toán cho điều trị của quý vị.

Điều Hành Dịch Vụ Y Tế

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị để thực hiện các hoạt động hành chính, tài chính, pháp lý và cải thiện chất lượng nhất định được coi là cần thiết để vận hành công ty cũng như hỗ trợ cho hoạt

động điều trị và thanh toán của chúng tôi. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của quý vị để đánh giá chất lượng các dịch vụ được cung cấp cho quý vị và đánh giá hiệu quả làm việc của đội ngũ nhân viên đã chăm sóc quý vị.

Trao Đổi Thông Tin Y Tế (HIE)

Chúng tôi có thể tham gia các hoạt động trao đổi thông tin y tế nhất định, trong đó chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị, như được cho phép theo luật pháp, cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc tổ chức khác cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc điều hành dịch vụ y tế. Trao đổi thông tin y tế có thể cung cấp khả năng tiếp cận thông tin nhanh hơn, điều phối chăm sóc tốt hơn và hỗ trợ các nhà cung cấp cũng như cán bộ y tế công cộng trong việc đưa ra những quyết định phù hợp hơn.

Sắp Xếp Chăm Sóc Sức Khỏe Có Tổ Chức

Chúng tôi có thể tham gia vào các sắp xếp chung với những tổ chức y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, trong đó chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị, như được cho phép theo luật, để tham gia các hoạt động chung liên quan đến điều trị, đánh giá quyết định về y tế, hoạt động cải thiện hoặc đánh giá chất lượng, hoặc hoạt động thanh toán

Hoạt Động Gây Quỹ

Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của quý vị cho các mục đích gây quỹ cho tổ chức chúng tôi, bao gồm tiết lộ thông tin của quý vị cho quỹ tài trợ hoạt động thay cho chúng tôi để gây quỹ. Bất kỳ thông tin liên lạc nào được gửi tới quý vị về việc gây quỹ sẽ cung cấp cho quý vị cơ hội rõ ràng để rời khỏi hoạt động gây quỹ.

Các trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị không có ủy quyền khác

- Theo yêu cầu của luật pháp tiểu bang và liên bang.
- Để liên lạc nhắc nhở quý vị về cuộc hẹn khám, cung cấp kết quả kiểm tra, thông báo cho quý vị về các lời khuyên hoặc phương án điều trị liên quan đến những dịch vụ và quyền lợi y tế khác.

- Cho bên thứ ba được coi là “bên liên kết với công ty” cung cấp các dịch vụ thay cho chúng tôi, ví dụ như lập hóa đơn, bảo trì phần mềm và dịch vụ pháp lý.
- Tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho các nhà nghiên cứu y tế để chuẩn bị thực hiện dự án nghiên cứu.
- Để ngăn chặn hay giảm thiểu mối đe dọa trước mắt và nghiêm trọng đối với sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe và sự an toàn của cộng đồng hay người khác.
- Cho quân đội nếu quý vị là một thành viên của lực lượng vũ trang và chúng tôi được quyền hay phải làm như vậy theo luật.
- Cho cán bộ liên bang được ủy quyền để thực hiện các hoạt động tình báo, phân tình báo hoặc an ninh quốc gia khác.
- Cho cán bộ liên bang được ủy quyền để họ có thể thực hiện các điều tra đặc biệt hoặc thực hiện bảo vệ Tổng Thống hay người có thẩm quyền khác.
- Cho cán bộ hành pháp theo ủy quyền hoặc yêu cầu của luật.
- Cho các chương trình tiền lương người lao động hoặc tương tự để cung cấp quyền lợi cho những người bị thương hay mắc bệnh liên quan đến công việc.
- Trong trường hợp có thiên tai, cho các tổ chức hỗ trợ cứu trợ thiên tai để gia đình quý vị có thể được thông báo về điều kiện và địa điểm của quý vị.
- Cho nhân viên điều tra, nhân viên giám định y tế và giám đốc nhà tang lễ, theo yêu cầu hoặc ủy quyền của luật, nếu cần, để họ thực hiện chức trách của mình.
- Nếu quý vị là người hiến nội tạng, cho các tổ chức xử lý việc mua hoặc cấy ghép nội tạng hoặc cho ngân hàng nội tạng, nếu cần, để hỗ trợ quá trình mua, cấy ghép hoặc hiến nội tạng.
- Cho các cơ quan chính phủ, cấp phép, thanh tra và kiểm định.
- Cho cơ sở cải huấn theo yêu cầu hoặc ủy quyền của luật nếu quý vị là tù nhân hoặc đang chịu sự giám sát của cán bộ hành pháp.

- Cho cơ quan y tế cộng đồng để thực hiện các hoạt động y tế cộng đồng. Các hoạt động y tế cộng đồng bao gồm ngăn chặn hoặc kiểm soát dịch bệnh, thương tích, khuyết tật hoặc phân phối cho các báo cáo về bạo lực gia đình, bỏ bê hoặc lạm dụng. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho người hoặc cơ quan theo yêu cầu để báo cáo các sự kiện bất lợi, vấn đề hay khiếm khuyết về sản phẩm, sai lệch sản phẩm sinh học hoặc thu hồi, sửa chữa hay thay thế sản phẩm.
- Cho tòa án và luật sư khi chúng tôi nhận được lệnh tòa án, trát hầu tòa hay các hướng dẫn pháp lý khác từ các tòa án hoặc cơ quan công quyền đó hoặc để biện hộ cho bản thân chúng tôi trong một vụ kiện chống lại chúng tôi

Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Y Tế Của Quý Vị Có Ủy Quyền

Sử Dụng và Tiết Lộ Cần Có Giấy Ủy Quyền Của Quý Vị:

- Chú Ý Về Tâm Thần: Chúng tôi sẽ không tiết lộ các chú ý về tâm thần mà không có giấy ủy quyền của quý vị trừ khi việc sử dụng và tiết lộ được yêu cầu hay cho phép theo luật.
- Tiếp Thị: Chúng tôi sẽ không tiết lộ để tiến hành việc buôn bán thông tin y tế của quý vị mà không có giấy ủy quyền của quý vị. Việc buôn bán thông tin y tế được bảo vệ (protected health information, PHI) được thực hiện khi chúng tôi hoặc người mà chúng tôi ký hợp đồng trực tiếp hay gián tiếp, trao đổi thông tin y tế được bảo vệ của quý vị để nhận các khoản thanh toán.
- Trẻ Vị Thành Niên: Chúng tôi sẽ tuân theo luật Tiểu Bang Washington khi sử dụng hay chia sẻ PHI của trẻ vị thành niên. Trẻ vị thành niên nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến HIV/AIDS; STD (các bệnh lây truyền qua đường tình dục), điều trị sức khỏe tâm thần, xét nghiệm và điều trị liên quan đến ma túy/đồ uống có cồn hay sức khỏe sinh sản có thể yêu cầu người khác thay mặt các em nhận thông tin. Nếu trẻ vị thành niên không cho phép gửi thông tin cho bất kỳ ai, chúng tôi sẽ chỉ cung cấp thông tin cho trẻ.

Sử Dụng và Tiết Lộ Khác

Bất kỳ yêu cầu thông tin nào ngoài những điều được mô tả trong Thông Báo này sẽ cần sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Ví dụ, quý vị sẽ cần ký tên vào biểu mẫu cho phép trước khi chúng tôi có thể gửi PHI đến công ty bảo hiểm nhân thọ của quý vị hoặc luật sư của quý vị. Quý vị có thể thu hồi sự cho phép

của mình bất kỳ lúc nào bằng cách cung cấp cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản.

Quyền Cá Nhân Của Quý Vị

Quyền Kiểm Tra và Sao Chép Hồ Sơ

Quý vị có thể yêu cầu xem hồ sơ y tế và hồ sơ thanh toán để kiểm tra và/hoặc yêu cầu bản sao hồ sơ của quý vị. Tất cả các yêu cầu xem hồ sơ phải bằng văn bản. Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu tiếp cận các hồ sơ của quý vị. Chúng tôi có thể thu một khoản phí sao chép và gửi hồ sơ theo yêu cầu của quý vị.

Quyền Yêu Cầu Sửa Đổi

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi sửa đổi PHI của quý vị. Yêu cầu của quý vị phải bằng văn bản, và giải thích lý do cần sửa đổi thông tin. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị trong một số trường hợp nhất định.

Quyền Được Giải Thích Về Việc Tiết Lộ

Quý vị có thể gửi thư yêu cầu giải thích các loại tiết lộ thông tin y tế nhất định. Luật pháp loại trừ việc giải thích rất nhiều loại tiết lộ, ví dụ như các tiết lộ được thực hiện để chăm sóc cho quý vị, chi trả dịch vụ y tế của quý vị hay nơi mà quý vị đã ủy quyền tiết lộ bằng văn bản.

Để yêu cầu giải thích hãy xem thông tin liên lạc bên dưới. Thông thường, chúng tôi sẽ trả lời yêu cầu của quý vị trong vòng 60 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu trừ khi chúng tôi cần thêm thời gian.

Quyền Yêu Cầu Hạn Chế

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi đặt thêm các giới hạn cho việc chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị, bao gồm sử dụng và tiết lộ để thực hiện các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe, và cho người thân trong gia đình, bạn bè hoặc người khác liên quan đến việc chăm sóc hoặc thanh toán cho chăm sóc của quý vị. Để yêu cầu hạn chế, quý vị phải thông báo cho người chăm sóc hoặc liên lạc với Văn Phòng Quyền Riêng Tư bằng thông tin được nêu ở phía cuối Thông Báo này. Quý vị có thể được yêu cầu nộp giấy yêu cầu. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị. Nếu chúng tôi đồng ý, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản và thực hiện theo yêu cầu của quý vị, trừ phi thông tin là cần thiết để cung cấp điều trị cấp cứu cho quý vị hoặc chúng tôi phải hoặc được cho phép tiết lộ theo luật.

Nếu quý vị hoặc người thân khác trong gia đình hoặc người khác đại diện cho quý vị chi trả đầy đủ cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho sản phẩm hay dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhất định và đặc biệt yêu cầu chúng tôi không được tiết lộ thông tin về dịch vụ hoặc sản phẩm chăm sóc sức khỏe này cho

chương trình y tế của quý vị cho các mục đích điều hành dịch vụ y tế hay thanh toán, chúng tôi sẽ đồng ý với yêu cầu này. Thông thường chúng tôi không thể hạn chế tiết lộ thông tin được coi là cần thiết cho các mục đích điều trị y tế.

Quyền Yêu Cầu Liên Lạc Bảo Mật

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc hoặc gửi PHI cho quý vị theo một cách cụ thể hoặc tại một địa điểm cụ thể, ví dụ như chỉ tại nhà hoặc nơi làm việc, hoặc chỉ qua email. Để yêu cầu liên lạc bảo mật, hãy gửi thư cho Cán Bộ Quyền Riêng Tư tại địa chỉ bên dưới và nêu rõ quý vị muốn được liên lạc như thế nào hay ở đâu. Chúng tôi sẽ không hỏi lý do cho yêu cầu của quý vị và chúng tôi sẽ đáp ứng tất cả yêu cầu hợp lý.

Quyền Nhận Bản Sao Dạng Giấy Của Thông Báo Ngày

Quý vị có quyền nhận bản sao dạng giấy của Thông Báo này bất cứ lúc nào. Bản sao của Thông Báo này có sẵn tại các địa điểm của chúng tôi, trên trang web của chúng tôi neighborcare.org hoặc quý vị có thể nhận bản sao bằng cách liên lạc với Cán Bộ Quyền Riêng Tư tại privacy@neighborcare.org.

Quyền Thông Báo Vi Phạm

Quý vị có quyền nhận thông báo về các vi phạm đối với thông tin y tế của quý vị theo yêu cầu của luật.

Thay Đổi Đối Với Thông Báo Ngày

Chúng tôi có quyền thay đổi thông lệ của mình và Thông Báo này và đưa ra Thông Báo mới được áp dụng cho tất cả PHI mà chúng tôi lưu giữ. Nếu chúng tôi làm như vậy, Thông Báo được cập nhật sẽ được đăng tải trên trang web của chúng tôi và sẽ có sẵn tại các địa điểm của chúng tôi. Theo yêu cầu, chúng tôi sẽ cung cấp Thông Báo sửa đổi cho quý vị.

Câu Hỏi hoặc Khiếu Nại

Nếu quý vị có câu hỏi về quyền riêng tư của mình hoặc lo ngại rằng chúng tôi đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị, quý vị có thể liên lạc Cán Bộ Quyền Riêng Tư Neighborcare Health qua địa chỉ privacy@neighborcare.org. Quý vị cũng có quyền khiếu nại với Bộ Trưởng Bộ Dịch Vụ Nhân Sinh và Y tế. Quý vị sẽ không bị trả đũa do nộp khiếu nại.

Neighborcare Health

1200 12th Ave S, Suite 901
Seattle, WA 98144
206-461-6935
neighborcare.org