

**THÔNG BÁO:**

Trong thời gian học từ xa, trung tâm y tế tại trường sẽ mở cửa phục vụ học sinh hẹn đến trực tiếp hoặc thăm khám qua điện thoại.

NIÊN KHÓA 2020–2021

Kính gửi Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Sức khỏe của học sinh là một phần quan trọng trong thành công học tập của các em. Để hỗ trợ cho thành công đó, Roxhill Elementary 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 tới thăm khám trực tiếp và khám chữa bệnh từ xa. SBHC được điều hành bởi Neighborcare Health, một trung tâm y tế cộng đồng phục vụ hơn 71,000 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. Ngay cả khi con em quý vị đã có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc, chúng tôi có thể phối hợp chặt chẽ với họ để mang đến một phương án dịch vụ y tế, nha khoa và sức khỏe tâm thần thuận tiện tại trường.

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 Bệnh Sử (trg. 2)
- Mẫu Đơn Đăng Ký (trg. 3-4)
- Mẫu Đơn Chấp Thuận (trg. 5)
- Đơn Chấp Thuận Tầm Soát Nha Khoa (trg. 6)
- Đơn Công Bố Hồ Sơ Giáo Dục (trg. 7) (Không bắt buộc)

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.

Công Bố Hồ Sơ Giáo Dục: Mẫu này cho phép chia sẻ hồ sơ học bạ của con em quý vị với Neighborcare Health. Việc truy cập hoặc bài giúp Neighborcare Health có thể làm việc với các giáo viên và nhân viên để nâng cao kết quả học tập, hiện diện, niềm vui và hạnh phúc của con em.

Chi Phí Dịch Vụ: Neighborcare Health taän tâm phúc vui táat cáu cáuc beänh nhaän baát luaän khaü naëng chi tráu của hôi. Roxhill Elementary SBHC nhận được sự hỗ trợ từ Thuế Gia Đình và Giáo Dục (Families and Education Levy), 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 theo dõi 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 may mắn có SBHC và tôi hy vọng rằng quý vị sẽ tận dụng nguồn lực này cho con em của mình. Nếu quý vị muốn có thêm thông tin hoặc cần trợ giúp, vui lòng gọi tới Roxhill Elementary 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 khỏe 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 GHI DANH 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 1-6.

1. THÔNG TIN CHUNG VÀ THÔNG TIN NHÂN CHỨNG HỌC CỦA HỌC SINH					
HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM	HỌ TRƯỚC ĐÓ	TÊN THƯỜNG GỌI	
SỐ ID HỌC SINH		NGÀY SINH / / THÁNG NGÀY NĂM	GIỚI TÍNH KHI SINH <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	GIỚI TÍNH THEO PHÁP LUẬT <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phi Nhị Giới	
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ		CĂN HỘ	ĐỊA CHỈ THỨ HAI (nếu có khác)		CĂN HỘ
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	BƯU CHÍNH	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	BƯU CHÍNH
SỐ ĐIỆN THOẠI PHỤ HUYNH <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Nơi Làm Việc		HỌC SINH SỐ ĐIỆN THOẠI <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Nơi Làm Việc			
ĐỊA CHỈ EMAIL PHỤ HUYNH		ĐỊA CHỈ EMAIL HỌC SINH			
ƯU TIÊN THÔNG BÁO LỊCH HẸN (chọn một) PHỤ HUYNH <input type="checkbox"/> Tin Nhắn Văn Bản <input type="checkbox"/> Gọi Điện Thoại <input type="checkbox"/> MyChart			ƯU TIÊN THÔNG BÁO LỊCH HẸN (chọn một) HỌC SINH <input type="checkbox"/> Tin Nhắn Văn Bản <input type="checkbox"/> Gọi Điện Thoại <input type="checkbox"/> MyChart		
BẢN DẠNG GIỚI	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nghi Vấn	<input type="checkbox"/> Chuyển Giới Nam sang Nữ <input type="checkbox"/> Chuyển Giới Nữ sang Nam <input type="checkbox"/> Phi Nhị Giới/Đa Dạng Giới	<input type="checkbox"/> Khác _____ <input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ		
KHUYNH HƯỚNG TÌNH DỤC	<input type="checkbox"/> Dị Tính <input type="checkbox"/> Đồng Tính Nam	<input type="checkbox"/> Đồng Tính Nữ <input type="checkbox"/> Đa dạng giới	<input type="checkbox"/> Song Tính <input type="checkbox"/> Toàn Tính Luyến Ái	<input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ	
ĐẠI TỪ ƯU TIÊN	<input type="checkbox"/> Bà Ấy/Cô Ấy, Của Bà Ấy/Của Cô Ấy <input type="checkbox"/> Ông Ấy/Anh Ấy, Của Ông Ấy/Của Anh Ấy		<input type="checkbox"/> Họ, Của Họ <input type="checkbox"/> Khác:		<input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA HAY GỐC TÂY BAN NHA VÀ LA-TINH?	<input type="checkbox"/> Có, tôi là người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Không phải là người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ				
CHUNG 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"/> Trên một chủng tộc		<input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Tử chối tự nhận dạng		<input type="checkbox"/> Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Da Trắng
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CỰU CHIẾN BINH HOA KỲ KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?	<input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Thời Vụ		<input type="checkbox"/> Trẻ Em <input type="checkbox"/> Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Đang Tại Ngủ		<input type="checkbox"/> Tự Làm Chủ <input type="checkbox"/> Hưu Trí <input type="checkbox"/> Sinh Viên
NGÔN NGỮ VIẾT ƯU TIÊN CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?			QUÝ VỊ CÓ CẦN THÔNG DỊCH VIÊN KHÔNG?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. 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		NGAØY SANH / /	GIỚI TÍNH <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ	CĂN HỘ		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	BƯU CHÍNH	SỐ ĐIỆN THOẠI <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Nơi Làm Việc		

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG MẪU GHI DANH BỆNH NHÂN



Tiếp theo ở mặt sau.

3. BẢO HIỂM			
QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
VUI LÒNG NÊU RÕ THÔNG TIN BẢO HIỂM	TÊN BẢO HIỂM	NGÀY CÓ HIỆU LỰC	
	SỐ CHƯƠNG TRÌNH THEO NHÓM	ID THÀNH VIÊN	
	TÊN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/NGƯỜI ĐỨNG TÊN HỢP ĐỒNG	NGÀY SINH CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	
QUÝ VỊ CÓ QUAN TÂM ĐẾN CHƯƠNG TRÌNH GIẢM PHÍ THEO THANG ĐỐI CHIẾU CỦA CHÚNG TÔI KHÔNG?	Chúng tôi cung cấp loại ưu đãi giảm giá cho phí theo thang đối chiếu nếu quý vị chưa có bảo hiểm và cần giúp thanh toán các chi phí mà bảo hiểm y tế không bao trả. Điều kiện tham gia chương trình và mức phí tối thiểu là dựa trên quy mô và thu nhập gia đình quý vị. Để biết thêm thông tin và để nộp đơn, quý vị có muốn gặp một trong các chuyên gia về điều kiện tham gia của chúng tôi không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. CÂU HỎI BỔ SUNG (Phần trả lời dành cho bệnh nhân hoặc nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên thì vui lòng trả lời với tư cách người giám hộ.)			
THU NHẬP MỖI NĂM HOẶC MỖI THÁNG	Thu nhập gộp (hàng năm) của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu?	\$	Nếu thu nhập theo tháng của hộ gia đình để tính toán hơn, thì là bao nhiêu? \$
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:		
QUÝ VỊ LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ HOẶC ĐANG Ở MỘT KHU NHÀ TẠM PHẢI KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Không Vô Gia Cư <input type="checkbox"/> Ở Chung Phòng <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Có Nhà Ở Hỗ Trợ Lâu Dài <input type="checkbox"/> Nhà Ở Công Cộng <input type="checkbox"/> Mái Ấm <input type="checkbox"/> Đường Phố <input type="checkbox"/> Nhà Ở Giai Đoạn Chuyển Tiếp		
TÌNH TRẠNG LAO ĐỘNG THỜI VỤ/LAO ĐỘNG DI CƯ	Tại bất kỳ thời điểm nào trong hai năm qua, làm nông du canh hoặc thời vụ có phải là nguồn thu nhập chính của quý vị hoặc gia đình quý vị không?		<input type="checkbox"/> Không Làm Nông Canh <input type="checkbox"/> Có, làm Nông Du Canh <input type="checkbox"/> Có, làm Nông Canh Thời Vụ
QUÝ VỊ NGHE NÓI VỀ NEIGHBORCARE HEALTH QUA ĐẤU? (Đánh dấu tất cả các câu trả lời phù hợp)	<input type="checkbox"/> Bạn bè hoặc gia đình <input type="checkbox"/> Bảo hiểm <input type="checkbox"/> Tìm kiếm trên mạng(Google) <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp dịch vụ khác, không thuộc mạng lưới Neighborcare <input type="checkbox"/> Vị trí thuận tiện/gần nhà <input type="checkbox"/> Nhóm hoặc chương trình cộng đồng khác <input type="checkbox"/> Mạng xã hội (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Quảng cáo (bảng hiệu, xe buýt, báo chí) <input type="checkbox"/> Trường Học <input type="checkbox"/> Khác		
5. 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.			Tên đệm tắt
6. CHỮ KÝ CHO PHÉP TIẾT LỘ VÀ CHẤP THUẬN			
XÁC 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 Nhân Viên Xã Hội Được Cấp Phép, Chuyên Gia Tư Vấn Sức Khỏe Tâm Thần Được Cấp Phép 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 Trưởng 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 ủy quyền cho phép bất cứ hãng bảo hiểm nào mà 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 công ty bảo hiểm được chỉ định thanh toán toàn bộ.			
CHỮ KÝ	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGÀY / /	

TRUNG TÂM Y TẾ TẠI TRƯỜNG

ĐƠN THỎA THUẬN KHÁM TẮM SOÁT NHA KHOA



TRƯỜNG:	PHÒNG HỌC #:	Số Hồ Sơ Bệnh Án (Medical Records Number, MRN): (Dành Cho Bộ Phận Hành Chính)
KÍNH GỬI QUÝ PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ: Chúng tôi đang khám tẩm soát nha khoa tại trường của con quý vị để thông báo cho quý vị biết tình trạng răng của con quý vị. Buổi khám tẩm soát này không yêu cầu quý vị trả tiền túi . Nếu quý vị đồng ý cho chúng tôi khám tẩm soát cho con quý vị: <ul style="list-style-type: none"> Việc tẩm soát nha khoa sẽ tiếp tục được thực hiện khi học sinh trở lại học tập tại trường. Chúng tôi vui lòng cho quý vị biết thông tin để làm hẹn khám nha khoa, hoặc làm hẹn cho quý vị, nếu quý vị cần một chuyên viên nha khoa. Chúng tôi sẽ gửi 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 TẮM SOÁT NHA KHOA LÀ GÌ? Một chuyên viên nha khoa của Neighborcare Health sẽ xem răng của con quý vị và đánh giá bằng mắt thường . Họ sẽ bôi một lớp fluor nghĩa là một lớp phủ bảo vệ được quét lên răng để giúp ngăn ngừa hình thành vết sâu răng mới và để giúp ngăn chặn tình trạng sâu răng đã bắt đầu xảy ra. Việc tẩm soát nha khoa KHÔNG thay thế cho một lần khám nha khoa hoàn chỉnh do nha sĩ của con em quý vị tiến hành.

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 tất	HỌ	NGAỖY SANH / /
GIỚI TÍNH HỌC SINH: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> X			
TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:			
TÊN	TÊN ĐỆM TẤT	HỌ	NGAỖY SANH / /
ĐỊA CHỈ:	THÀNH PHỐ:		MÃ SỐ BƯU CHÍNH:
# ĐIỆN THOẠI:			
Quý vị có muốn được liên hệ bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, ngôn ngữ nào?	
Quý vị muốn nhận kết quả đánh giá nha khoa của con mình bằng cách nào?	<input type="checkbox"/> Vui lòng đưa kết quả cho con em tôi tại trường để cháu mang về nhà. <input type="checkbox"/> Vui lòng gửi qua đường bưu điện về địa chỉ nêu ở trên.		
Con của quý vị gặp nha sĩ lần cuối khi nào?	<input type="checkbox"/> Cách đây chưa đến 6 tháng <input type="checkbox"/> Cách đây chưa đến 2 năm <input type="checkbox"/> Cách đây chưa đến 1 năm <input type="checkbox"/> Cách đây hơn 2 năm <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ		
Con của quý vị có nha sĩ khám định kỳ không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, ở đâu?	
Quý vị có muốn giúp đỡ để tìm một nha sĩ cho con của quý vị không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> 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 tẩm 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 tự trả chi phí. Khám tẩm 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:			
MOÁI QUAN HEÃ:	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 TẮM SOÁT NHA KHOA VÀ THOA FLUORIDE.

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



Tổ Chức Trong Cộng Đồng
Đơn Chấp Thuận của Phụ Huynh/Người Giám Hộ
Phê Duyệt 2020-2021

Public Health – Seattle & King
 County
 School-Based Partnerships Program
 401 5th Ave #1000
 Seattle, WA 98104
 206.263.8350

Neighborcare Health
 School-based Health Program
 1200 12th Ave S, STE 901
 Seattle, WA 98144-2712
 206.461.6935

Chấp Thuận Tiết Lộ Học Bạ Theo Đạo Luật về
Quyền Riêng Tư và Quyền Giáo Dục của Gia Đình (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA)

Tôi đồng ý tiết lộ học bạ của con tôi từ Khu Học Chánh Seattle (Seattle School District) cho các cơ quan nói trên. Tôi hiểu rằng học bạ 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 Chứng Học của Học Sinh: bao gồm tình trạng Giáo Dục Đặc Biệt và Tư Cách 504 và chủng tộc/sắc tộc
3. Thông Tin Chuyên Cần
4. Thông Tin Kỷ Luật
5. Thông Tin Bài Tập và Điểm Xếp Hạng Trước Đây
6. Thông Tin Điểm Kiểm Tra
7. Thông Tin 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 Hệ Thống Trường Công Seattle (Seattle Public Schools).

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 (Public Health - Seattle & King County), nhân viên Neighborcare Health sẽ làm việc với con của tôi và/hoặc nhà trường của cháu để cố gắng cải thiện việc học tập thành công của cháu tại trường. Tôi biết rằng tôi có thể hủy bỏ đơn chấp thuận này bằng cách gửi thư thông báo đến Seattle School District's School & Community Partnership Department, MS: 33-160 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124.

Bản Tiết Lộ Thông Tin này sẽ chuẩn bị sẵn các hồ sơ học bạ 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 2021. 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 học sinh từ 17 tuổi trở xuống): _____

Tên Viết In Hoa của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____

Chữ Ký của Học Sinh (nếu học sinh từ 18 tuổi trở xuống): _____

Ngày Hôm Nay: _____

VIẾT IN HOA Tên Học Sinh (Tên và Họ)

Ngày Sinh Học Sinh

**ID Khu Học Chánh của Học Sinh

Trường của Học Sinh

**Có thể tìm thấy ID Học Sinh trên thẻ Tổ Chức Học Sinh Liên Kết (Associated Student Body, ASB) của học sinh, phiếu điểm, thư từ chính thức của trường, hoặc bằng cách liên lạc với trường của học sinh

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.

Neighborcare Health là một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe có tổ chức gồm các bên tham gia Mạng Lưới Thông Tin Y Tế Cộng Đồng Oregon (Oregon Community Health Information Network, OCHIN). Danh sách các bên tham gia OCHIN hiện tại được đăng tải tại www.ochin.org. Là đối tác kinh doanh của Neighborcare Health, OCHIN cung cấp công nghệ thông tin và các dịch vụ liên quan cho Neighborcare Health và các bên khác cùng tham gia OCHIN. OCHIN cũng thay mặt cho các bên tham gia mạng lưới của mình thực hiện hoạt động đánh giá và nâng cao chất lượng. Ví dụ: OCHIN thay mặt cho các tổ chức tham gia mạng lưới để điều phối các hoạt động đánh giá lâm sàng nhằm xây dựng những tiêu chuẩn thực hành tốt nhất và đánh giá các quyền lợi lâm sàng có thể thu được từ việc sử dụng hệ thống bệnh án điện tử. OCHIN còn giúp các bên tham gia cộng tác với nhau để cải thiện tình hình quản lý giới thiệu bệnh nhân nội bộ và bên ngoài. Neighborcare Health có thể chia sẻ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị với một bên tham gia OCHIN khác hoặc một sàn giao dịch thông tin sức khỏe chỉ khi cần thiết cho mục đích điều trị y tế hoặc nghiệp vụ chăm sóc sức khỏe của chương trình chăm sóc sức khỏe có tổ chức.

Bên cạnh những hoạt động khác, nghiệp vụ chăm sóc sức khỏe có thể bao gồm mã hóa địa lý vị trí nơi cư trú của quý vị nhằm nâng cao quyền lợi lâm sàng mà quý vị nhận được. Thông tin sức khỏe cá nhân có thể bao gồm thông tin y tế trong quá khứ, hiện tại và tương

lai cũng như các thông tin được nêu rõ trong Quy Tắc về Quyền Riêng Tư. Trong phạm vi được tiết lộ, thông tin sẽ được tiết lộ trên cơ sở phù hợp với Quy Tắc về Quyền Riêng Tư và bất kỳ luật áp dụng nào khác được sửa đổi tùy thời điểm. Quý vị có quyền đồng ý và rút lại sự đồng ý của mình. Dù vậy, thông tin có thể đã bị cung cấp trước đó với sự cho phép của quý vị. Sự cho phép này vẫn sẽ có hiệu lực cho đến khi được quý vị hủy bỏ bằng văn bản. Nếu có yêu cầu, quý vị sẽ được cung cấp danh sách các pháp nhân đã được chúng tôi tiết lộ thông tin của quý vị.

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, phản 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 công cộng. Các hoạt động y tế công cộng bao gồm ngăn chặn hoặc kiểm soát dịch bệnh, thương tích, khuyết tật hoặc phản hồi 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 lệnh 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 này

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 này

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