

**የኮሎምቢያ ዲስትሪክት  
ሁሉ-አቀፍ ትምህርት ቤት  
መሰረት ያደረገ የጤና  
ማዕከል ቅጽ**

**የጤና አገልግሎቶች እና ህክምና ስምምነት**

**ተማሪ የሚከታተለውን/የምትከታተለውን የትምህርት ቤት ይምረጡ፦**

አናኮስቲያ SHS  ባሉ SHS  ካርዲዩ EC  ኩሊጅ SHS  ደንባር SHS  ወደሰን SHS  ፋብቫልት SHS

የተማሪ መረጃ	የወላጅ/ሞግዚት መረጃ
የተማሪ የአዎን ስም፦ _____ የተማሪ የመጀመሪያ ስም፦ _____ የትውልድ ቀን፦ _____ / _____ / _____ ወር                  ቀን                  ዓመት የተማሪ የማህበራዊ ቀለት፦ _____ - _____ - _____ ጾታ፦ <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ሌላ ክፍል _____ ብሄር፦ <input type="checkbox"/> ሂንዶን <input type="checkbox"/> ጥቁር <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> አሜሪካዊ ኢንዲያን <input type="checkbox"/> ሌሎች <input type="checkbox"/> ኤሽያዊ/የፓሲፊክ አይላንደር <input type="checkbox"/> ሌላ _____	<b>እናት</b> የአዎን ስም፦ _____ የመጀመሪያ ስም፦ _____ <b>አባት</b> የአዎን ስም፦ _____ የመጀመሪያ ስም፦ _____ <b>ህጋዊ አሳዳጊ፣ የሚመለከተው ከሆነ</b> የአዎን ስም፦ _____ የመጀመሪያ ስም፦ _____ ህጋዊ አሳዳጊ ከተማሪ ጋር ያላቸው ገምድና <input type="checkbox"/> አዎን <input type="checkbox"/> አክሲት ወይም አጎት <input type="checkbox"/> ሌላ፦ _____
የተማሪ አድራሻ፦ _____  <b>SBHC የተማሪው/ቀ መደበኛ ህኪም ይሆናል?</b> <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ አይ ካልሆነ፣ የተማሪው/ቀ መደበኛ ህኪም ማን ነው ወይም ማን ይሆናል? ስም፦ _____ ስልክ፦ _____ አድራሻ፦ _____	<b>የወላጅ ወይም አሳዳጊ የመገኛ መረጃ</b> የቤት ስልክ ቁጥር፦ _____ የሥራ ስልክ ቁጥር፦ _____ የሞባይል ስልክ፦ _____ <b>ተጨማሪ የድንገተኛ ጊዜ ተጠሪ</b> ስም፦ _____ ከተማሪው/ቀ ጋር ያላቸው ገምድና፦ _____

**የመድን መረጃ**

<b>ልጅዎ የMedicaid ሽፋን አለው/አላት?</b> <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ፣ የMedicaid መታወቂያ ቁጥር፦ _____ <b>የትኛው እቅድ?</b> <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas DC <input type="checkbox"/> MedStar Family Choice DC <input type="checkbox"/> Health Services for Children with Special Health Care Needs (ልዩ ፍላጎት ላላቸው ህጻናት የጤና አገልግሎቶች)  (HSCSN)	<b>ልጅዎ በአሰሪ ወይም በሌላ ማንኛውም የጤና መድን ዓይነት በኩል ሽፋን አለው/አላት?</b> <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ፣ የጤና እቅድ፦ _____ የአባል መታወቂያ ቁጥር/ፖሊሲ ቁጥር፦ _____ የጤና መድን ስልክ፦ _____ <b>ልጅዎ የጤና መድን ከሌላቸው፣ የጤና መድን ማግኘት በተመለከተ ለእርዳታ የክሊኒካል የጉዳይ አስተዳዳሪ እንዲያነጋግሩት ይፈልጋሉ?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
---	--

**ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች**

ልጅ በኮሎምቢያ ዲስትሪክት የጤና መምሪያ (ዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ ዲፓርትመንት ኦፍ ሄልዝ) (DC Health) እና የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የህዝብ ትምህርት ቤቶች (ዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ ፕብሊክ ስኩልስ) (DCPS) በጸደቀው የትምህርት ቤት የጤና ተገምግሞ አካል ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ ጤና ማዕከል ውስጥ ፍቃድ ባላቸው የጤና ባለሙያዎች የሚሰጡ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን እንዲቀበል/እንዲቀበል አስማማለሁ። ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ ጤና ማዕከል በህግ መሰረት ምስጢራዊነትን እንደሚያረጋግጥ፣ እና ተማሪዎች በምክር እና የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎች ውስጥ ወላጆቻቸውን ወይም አሳዳጊዎቻቸውን እንዲያሳትፉ እንደሚጠበቅ አረዳለሁ። ትምህርት ቤትን መሰረት ያደረገ ጤና ማዕከል አገልግሎቶች የሚከተሉትን ያካትታሉ፦ ግን በእነዚህ አይገደቡም፦

- የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች፣ ለማግኘት፣ መሰማት፣ አስም፣ ውፍረት፣ እና ሌሎች የህክምና ሁኔታዎች መመርመር፣ የመጀመሪያ እርዳታ እና የሚያስፈልጉ እና የሚመኩ ክትባቶችን ጨምሮ።
- ሁለተኛዎቹ አካላዊ ምርመራ (የተግባር የህክምና ምርመራ) ለትምህርት ቤት፣ ኮሊጅ፣ የቀን ውሎ እንክብካቤ፣ ስፖርቶች፣ ሥራ ቦታ፣ እና አዲስ ምዝገባዎች የሚደረጉትን ጨምሮ።
- አንድ ደም ማክስ፣ ሲክል ስል፣ እና ስኬር በሽታ ዓይነት በህክምና የሚታዘዙ የላቦራቶሪ ምርመራዎች
- የህክምና እንክብካቤ እና ህክምና፣ የአባዳሪ እና ስር የሲዲዲ ህመም እና በሽታ፣ እና መድኃኒቶችን መስጠት እና ማዘዝ።
- የአዕምሮ ጤና አገልግሎቶች፣ ማምጣት፣ ምርመራ፣ ህክምና፣ እና ሪፈር ማድረግን ጨምሮ።
- የስነ-መረጃ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶች፣ የመታወቂያ የምክር አገልግሎቶች፣ የወላጅ መቆጣጠሪያ ዘዴ ተደራሽነትን ማቅረብ፣ የእርግዝና ምርመራ፣ የSTD ምርመራ እና ህክምና፣ የHIV ምርመራ፣ ሲታዘዝ PAP ስሚርስ መሰረት፣ እና ጤናማ ላልሆኑ ውጤቶች ሪፈር ማድረግን ጨምሮ፣ እድሜ ተገቢ እንደሆነ በማየት።
- አደጋ-ላይ የሚጠቀሙ ባህሪያትን ለመከላከል የሚጠቅም የጤና ትምህርት እና ምክር፣ የሚከተሉት ዓይነት፣ አድገታዊ መድኃኒት፣ አልኮል፣ እና ትንባሆ መጠቀም፣ ራስን መቆጠብ፣ አርግዝናን መከላከል፣ በወሲባዊ ግንኙነት የሚተላለፉ ኢንፌክሽኖች፣ እና HIV ላይ ለእድሜ የሚመጥን ትምህርት።
- ምርመራዎችን ራጅን (x-ሬይስ)፣ የምርመራ የህክምና ሞዳሊቲዎችን የሚያካትት የጥርስ ህክምና፣ ማጽዳት፣ የላይኛ እና የአካባቢ ማድንዘግጥ መስጠት፣ መመላት፣ እና ማሽጊያዎችን ሊጨምር የሚችል ነው።
- ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ ጤና ማዕከል ውስጥ ለማይሰጡ አገልግሎቶች ሪፈር ማድረግ
- ዓመታዊ የጤና መጠይቅ/የዳስሳ ጥናት።

**የጤና አገልግሎቶች እና ህክምና ስምምነት**

**የጤና መረጃን ለማውጣት የወላጅ ስምምነት**

ከታች ያለው ፈርማዎ ትምህርት ቤት መሰረት ባደረገ የጤና ማዕከል የተገኘ የጤና መረጃ ለዲ.ሲ. የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና DC Health እንዲለቀቅ ፍቃድ ይሰጣል። ይህ መረጃ ይፋ ከመደረግ በፊት ለግልጽ ግልጽ ሆኖ ህግ እና የዲስትሪክት ህግ ሊጠበቅ ይችላል። በተጨማሪም፣ ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል ልዩ ልዩ የጤና መረጃን ለዲ.ሲ. የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና DC Health፣ በህግ ወይም በደንብ ስለሚፈለግ ወይም የልጅን ጤና እና ደህንነት መጠበቅ አስፈላጊ ስለሆነ፣ እንዲለቀቅ ፍቃድ እየሰጠህ ነው።

ልጅ ህክምና እንዲያገኝ/አንድታገኝ የልጅ የጤና መረጃ መለቀቅን መፍቀድ ግዴታ እንደማይሆንብኝ፣ እና በማንኛውም ሀሳቤን መቀየር እና ትምህርት ቤት መሰረት ላደረገ የጤና ማዕከል በመጻፍ ፍቃዱን ማንሳት እንደምችል እረዳለሁ። ይሁን እንጂ፣ መረጃው ከተለቀቀ በኋላ፣ የእኔ ፍቃድን ማንሳት ከፍቃድ ማንሳት በፊት የተለቀቀውን መረጃ እንደማይሸፍን እረዳለሁ። እንዲሁም በዚህ ፍቃድ ስር የተለቀቀ የጤና መረጃ በተቀባይ ዳግም-ሊለቀቅ እንደሚችል እረዳለሁ። ይህ አካል ለተቀባይ ወገን ይህ የጤና መረጃ ለልዩ የተገለጸ ዓላማ ዳግም-አንድተለቀቅ እና ማንኛውም ተጨማሪ ዳግም-መልቀቅ ተጨማሪ ስምምነት እንደሚያስፈልግ የጽሁፍ ማስታወቂያን ያቀርባል።

ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል በጀርባ ገጽ ላይ የተገለጸ/ች ተማሪ ልዩ የህክምና መረጃን ለዲ.ሲ. የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና DC Health እንዲለቀቅ ፍቃድ አሰጣለሁ።

ሪፖርት መደረግ የሚችሉ በሽታዎች እና የተሰጡ ክትባቶች ውጤቶች ለDC Health እና ዲ.ሲ. የህዝብ ትምህርት ቤቶች እንደሚሰጡ እረዳለሁ። በተጨማሪም፣ የኪዝ መዝገቦች እና የዳሰሳ መረጃ የታካሚ መረጃ ምስጢራዊነትን በተመለከተ በፌዴራል እና ዲስትሪክት ህጎች መሰረት ለፕሮግራም ግምገማ ጥቅም ላይ ሊውል ይችላል።

**ከታች ያለው የዚህ ቅጽ የጤና መረጃ መለቀቅ ስምምነት ክፍል ውስጥ የተፈረመው የእኔ ፈርማ ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማእከል ልጄን የመረመሩ ሌሎች አቅራቢዎችን እንዲያገኙ እና የመድን መረጃን እንዲያገኙ ስምምነቴን ይሰጣል።**

**የመረጃ መልቀቅ የማፈቀድበት የጊዜ ቆይታ፡**  
ከ፡ ቅጽ የተፈረመበት ቀን እስከ፡ ተማሪ ትምህርት ቤቱ ውስጥ አባል መሆኑ/ኗ የሚቆይበት ቀን

**ትምህርት ቤት መሰረት ለደረገ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች የወላጅ ስምምነት**

**ጠቅላይ፡** በቀደመው ገጽ ላይ የተዘረዘሩ አገልግሎቶችን (ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ ማዕከል የጤና አገልግሎቶች) አንብቤ ተረድቻለሁ እና የእኔ ፈርማ ልጄ በትምህርት ቤቱ ውስጥ ተማሪ እስኪሆን/ች ድረስ ልጄ በተመረጠው ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል የሚቀርቡ አገልግሎቶችን እንዲቀበል/አንድ-ትቀበል ስምምነትን ይሰጣል። በተጨማሪም፣ የልጄ አካላዊ ጤና ወይም የፕሮስ ህክምና ላይ ለውጥ ካለ እና ይህን ስምምነት ልጄ ወክዬ የመስጠት ችሎታዬ ላይ ተጽዕኖ የሚያሳድር ልጄን የማሳደግ መብቴ ላይ ማንኛውም ለውጥ ካለ፣ ትምህርት ቤት መሰረት ላደረገ የጤና ማዕከል በጽሁፍ በፍጥነት ለማሳወቅ እስማማለሁ።

**ማሳሰቢያ፡** እድሜ ለአዋቂ ያልደረሰ የጤና ስምምነት ደንብ (22-B DCMR 600) መሰረት፣ የወላጅ ስምምነት ለ (1) አርግዘና እና ህጋዊ ማቋረጥ፣ (2) አልኮል እና መድኃኒትን ጨምሮ የአድንዛዥ እጽ መጠቀም፣ (3) የአዕምሮ ወይም ስሜታዊ ጤና ሁኔታ፣ ወይም (4) በወሲባዊ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎች፣ መከላከል፣ ምርመራ ወይም ህክምና አያስፈልግም። በተጨማሪም፣ የወላጅ ስምምነት ለድንገተኛ ሁኔታ የመጀመሪያ እርዳታ ህክምና መተግበር ወይም የተማሪ ጤና አደጋ ላይ ሲሆን አገልግሎቶችን ለመስጠት አያስፈልግም። የወላጅ ስምምነት 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ለሆኑ ተማሪዎች ወይም በህግ ነጻ ለውጡ ተማሪዎች አያስፈልግም።

እኔ እነሆ አውቅና አሰጣለሁ እና አስማማለሁ፡ በዲ.ሲ. ይፋዊ ኮድ ክፍል 38-651.11 ውስጥ እንደቀረበው፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤት፣ ሰራተኞቹ እና ኤጀንቶቹ፣ ስራ ላይ ያለው ህኪምን፣ የህኪም ረዳትን ወይም የላቀ ስራ ላይ ያለ ነርስን የሚጨምር፣ በዲ.ሲ. ይፋዊ ኮድ ክፍል 38-651.01 et seq. ስር የተሰጣቸውን ሀላፊነቶችን በመልካም እምነት ከመፈጸማቸው ጋር ለተያያዙ ወይም ለተነሱ ማንኛውም እርምጃዎች ወይም መታለፎች ከሲ.ቪ.ል ተጠያቂነት ነጻ ይሆናሉ፣ የወንጀል እርምጃዎች፣ የታሰበበት ጥፋት፣ ከባድ ቸልተኝነት፣ ወይም በፍላጎት የሚደረግ የስነ-ምግባር ጉድለት ከሆነ በስተቀር። ይህ ቅጽ ተማሪው/ዋ የጤና አገልግሎቶችን ከመቀበሉ/ሷ በፊት መግለጹ እና መግባት እንዳለበት እረዳለሁ።

**ጠቅላይ፡** ልጄ የ SBHC አገልግሎቶችን እንዲቀበል/አንድ-ትቀበል ፍቃድ አሰጣለሁ።

**X**  
የወላጅ/አሳዳጊ ፍርማ (ወይም ተማሪ፣ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ ወይም በሌላ መንገድ በህግ የተፈቀደ ከሆነ) \_\_\_\_\_ **ቀን**

**የጤና መረጃን ለማውጣት የወላጅ ስምምነት**

በዚህ ቅጽ ላይ ያለውን የጤና መረጃ መልቀቂያን አንብቤያለሁ እናም እረዳለሁ። የእኔ ፈርማ የህክምና መረጃን እንደተገለጸው ለመልቀቅ መስማማቴን ያሳያል።

**X**  
የወላጅ/አሳዳጊ ፍርማ (ወይም ተማሪ፣ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ ወይም በሌላ መንገድ በህግ የተፈቀደ ከሆነ) \_\_\_\_\_ **ቀን**