DC | HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

የኮሎምቢያ ግዛት (District of Columbia)

ሁለንተናዊ ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል ቅጽ

ለጤና አገልግሎቶች እና ህክምና ስምምነት

የትምህርት ቤት የተማሪ ክትትል ይምረጡ፡

❑Anacostia SHS ❑Ballou SHS ❑Cardozo EC ❑Coolidge SHS ❑Dunbar SHS ❑Woodson SHS ❑Roosevelt SHS

የተማሪ መረጃ

የተማሪ አያት ስም፡ _____

የተማሪ የመጀመሪያ ስም፡ _____

የትውልድ ቀን፡ _____/_____/_____
ወር ቀን ዓመት

የተማሪ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር፡ _____-_____-_____

ጾታ፡ ❑ወንድ ❑ሴት ❑ሌላ ክፍል _____

ብሄር፡ ❑ሂስፓናዊ ❑ጥቁር ❑ነጭ ❑አሜሪካዊ ኢንዲያዊ
❑አሺያዊ/ከፓሲፊክ ደሴት የመጣ ❑ሌላ _____

የተማሪ አድራሻ፡ _____

_____

SBHC የተማሪው መደበኛ ህኪም ይሆናል? ☐ አዎ ☐ አይደለም

አይደለም ከሆነ፣ የተማሪው መደበኛ ህኪም ማን ነው ወይም ማን ይሆናል?

ስም፡ _____

ስልክ ቁጥር፡ _____

አድራሻ፡ _____

_____

የወላጅ/ሞግዚት መረጃ

<u>እናት</u>

የአያት ስም፡ የመጀመርያ ስም፡ _____

<u>አባት</u>

የአያት ስም፡ የመጀመርያ ስም፡ _____

<u>ህጋዊ ሞግዚት፣ የሚመለከተው ከሆነ</u>

የአያት ስም፡ የመጀመርያ ስም፡ _____

የህጋዊ ሞግዚት ከተማሪ ጋር ያለው/ላት ግንኙነት

❑አያት ❑አክስት ወይም አጎት ❑ሌላ፡ _____

የወላጅ ወይም ሞግዚት የማግኛ መረጃ

የቤት ስልክ፡ _____ የስራ ስልክ፡ _____

የሞባይል፡ _____

ተጨማሪ የችግር ጊዜ ተጠሪ

ስም፡ _____

ከተማሪ ጋር ያለ ግንኙነት፡ _____

የቤት ስልክ፡ _____ የስራ ስልክ፡ _____

የሞባይል፡ _____

የኢንሹራንስ መረጃ

ልጅዎ የሜዲኬኤይድ ሽፋን አለ/ላት?

❑አይ ❑አዎ፡ የMedicaid *መታወቂያ ቁጥር #*፡ _____

የትኛው እቅድ?

❑AmeriHealth Caritas DC (አሜሪሄልዝ ካሪታስ ዲሲ)

❑MedStar Family Choice DC (ሜድስታር ፋሚሊ ቾይዝ ዲሲ)

❑Health Services for Children with Special Health Care Needs (ልዩ የጤና ፍላጎት ላላቸው ህጻናት የጤና አገልግሎቶች)

(HSCSN)

ልጅዎ በአሰሪዎ ወይም ማንኛውም ሌላ የጤና ኢንሹራንስ ዓይነት አማካኝነት ነው ሽፋን ያለው/ላት?

❑አይደለም ❑አዎ፡ የጤና እቅድ፡ _____ የአባል *መታወቂያ* ቁጥር/ፖሊሲ ቁጥር፡ _____ የጤና ኢንሹራንስ ስልክ፡

ልጅዎ የጤና መድን ከሌለው/ላት፣ የጤና መድን ለማግኘት እርዳታ ለማግኘት የክሊኒካል ጉዳይ አስተዳደር እንዲያገኝዎ ይፈልጋሉ? ❑አዎ ❑አይ

ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች

ልጄ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን ትምህርት ቤት መሰረት ባደረገ የጤና ማዕከል ፍቃድ ባለው የጤና ባለሙያ በኮሎምቢያ ዲስትሪክት የጤና መምሪያ (ዲሲ ሄልዝ) እና የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የህዝብ ትምህርት ቤቶች (DCPS) የጸደቁ እንደ ትምህርት ቤት የጤና ፕሮግራም አካል እንድቀበል/እንድትቀበል እስማማለሁ። ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል በህግ መሰረት ምስጥራዊነትን እንደሚያረጋግጥ፣ እና ተማሪዎች ወላጆችቻቸውን ወይም ሞግዚቶቻቸውን የምክር እና ህክምና እንክብካቤ ውሳኔዎች ውስጥ እንዲያሳትፉ እንደምበረታቱ እረዳለሁ። ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች የሚጨምሩት፣ ግን በዚህ ያልተገደቡት፣

1. የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች፣ ለእይታ፣ መስሚያ፣ አስም፣ ውፍረት፣ እና ሌሎች የህክምና ሁኔታዎች መመርመር፣ የመጀመሪያ እርዳታ፣ እና የሚያስፈልጉ እና የሚመከሩ ክትባቶች።
2. ሁለንተናዊ አካላዊ ምርመራ (የተሟላ የህክምና ምርመራ) ለትምህርት ቤት፣ ኮሌጅ፣ የቀን እንክብካቤ፣ ስፖርቶች፣ ቅጥር፣ እና አዲስ ምዝገባ የሚውሉትን ጨምሮ።
3. እንደ ደም ማስ፣ ሲክል ሴል፣ እና ስኳር በሽታን የመሰሉ በህክምና የታዘዙ የላቦራቶሪ ምርመራዎች።
4. የህክምና እንክብካቤ እና ህክምና፣ አጣዳፊ እና ስር የሰደደ ህመም እና በሽታ ምርመራን ጨምሮ፣ እና የመድሃኒቶች መስጠት እና ማዘዝ።
5. የአዕምሮ ጤና አገልግሎቶች፣ ግምገማ፣ ምርምራ፣ ህክምና፣ እና ሪፈርን ጨምሮ።
6. የስነ-መራቢያ ጤና እንክብካቤ አገልግሎቶች፣ የመታቀብ ምክር፣ የወሊድ መከላከያ ዘዴ ተደራሽነትን ማቅረብ፣ የእርግዝና ምርመራ፣ የSTD ማጣራት እና ህክምና፣ የHIV ምርመራ፣ ሲታዘዝ የPAP ስሚርስ መውሰድ፣ እና ትክክለኛ ላልሆኑ ውጤቶች፣ እንደ እድሜ ተገቢነቱ፣ ሪፈር ማድረግን ጨምሮ።
7. የጤና ትምህርት እና ምክር አደገኛ እርምጃ-ለሚያስወስዱ ባህሪዎች መከላከል፣ እንደ መድሃኒት፣ አልኮል፣ እና ተንባዎ መጠቀም የመሰሉ፣ መታቀብ፣ እርግዝና መከላከያ፣ በጾታዊ ግንኙነት የሚተላለፉ ኢንፌክሽኖች፣ እና HIV (ኤይድስ) ላይ ለእድሜ ተገቢ የሆነ ትምህርት።
8. ምርመራዎች፣ ራጅ፣ ማጽዳት፣ የላይኛው አካል እና አካባቢያዊ ማደንዘዣ መስጠት፣ መሙላት እና ማሸጊያዎችን ሊያከትቱ የሚችሉ የምርመራ እና ህክምና ሞዴሎችን ያካተቱ የጥርስ ህክምና።
9. ትምህርትቤት መሰረት ባደረገ የጤና ማእከል ለማይቀርቡ አገልግሎቶች ሪፈራሎች።
10. ዓመታዊ የጤና መጠየቂያ/ዳሰሳ።

እባክዎ በገጽ 2 ላይ ያሉ ሁለቱንም የፊርማ መስመሮችን ይገምግሙ እና ይፈርሙ

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
የጤና ማእከል ቅጽ

የኮሎምቢያ ግዛት (District of Columbia)
ሁለንተናዊ ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

ለጤና አገልግሎቶች እና ህክምና ስምምነት

የጤና መረጃ ለማውጣት የወላጅ ስምምነት

ከዚህ በታች ያለው ፊርማየ ትምህርት ቤት መሰረት ባደረገ የጤና ማዕከል የተገኘ የጤና መረጃ ለዲሲ የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና ዲሲ ሄልዝ እንዲሰጥ ስልጣን ይሰጣል። ይህ መረጃ በፌዴራል ግላዊነት ህግ እና ዲስትሪክት ህግ ከመለቀቅ ሊጠበቅ ይችላል። በተጨማሪም ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማዕከል ልዩ የህክምና መረጃን ለዲሲ የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና ዲሲ ሄልዝ፣ በህግ ወይም በደንብ ስለሚፈለግ፣ ወይም የልጄን ጤና እና ደህንነት ለመጠበቅ አስፈላጊ ስለሆነ፣ እንዲሰጥ ስልጣን እየሰጠሁ ነው።

ልጄ ህምክና እንድወስድ/እንድትወስድ የልጄን የጤና መረጃ መለቀቅ መፍቀድ እንደሌለበኝ፣ እና በየትኛውም ጊዜ ሀሳቤን ቀይሬ ትምህርትቤት መሰረት ወዳደረገ የጤና ማእከል በመጻፍ የሰጠሁትን ስልጣን ማንሳት እንደምችል እረዳለሁ። ይሁን እንጂ፣ የእኔ ስልጣኑን ማንሳት ከማንሳቴ በፊት የተለቀቀ መረጃን እንደማይሸፍን እረዳለሁ። እንዲሁም በዚህ ስልጣን መሰረት ይፋ የሆነ የጤና መረጃ በተቀባይ፣ ይህ የጤና መረጃ ለተገለጸው ልዩ ዓላማ ይፋ እየተደረገ እንደሆነ፣ እና ማንኛውም ተጨማሪ እንደገና-ይፋ ማድረግ ተጨማሪ ስምምነት እንደሚያስፈልገው ለተቀባይ ወገን የጽሁፍ ማስታወቂያ በሚያቀርብ፣ እንደገና ይፋ ሊደረግ እንደሚችል እረዳለሁ።

ትምህርትቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማእከል በገጹ ጀርባ ላይ ስም የተጠቀሰ ተማሪ ልዩ የህክምና መረጃን ለዲሲ የህዝብ ትምህርትቤቶች እና ዲሲ ሄልዝ እንዲሰጥ ስልጣን እሰጣለሁ።

ሪፖርት የሚደረጉ በሽታዎች እና የተሰጡ ክትባቶች ውጤቶች ለዲሲ የህዝብ ትምህርትቤቶች እና ዲሲ ሄልዝ እንደሚሰጡ እረዳለሁ። በተጨማሪም፣ የጉዳይ መዝገቦች እና የዳሰሳ መረጃ በፌዴራል እና ዲስትሪክት ህጎች መሰረት የታማሚ ምስጥራዊነትን በተመለከተ ለፕሮግራም ግምገማ ጥቅም ላይ ሊውሉ ይችላሉ።

የዚህ ቅጽ የጤና መረጃ መልቀቅ ስምምነት ክፍል ውስጥ ያለው የእኔ ፊርማ ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማእከል ልጄን የመረመሩ ሌሎች አቅራቢዎችን ለማግኘት እና የኢንሹራንስ መረጃን ለመቀበል እንድችል ስምምነቴን ይሰጠዋል።

<u>የመረጃ መለቀቅ የተፈቀደው የጊዜ ቆይታ፡</u>
ከ፡ ቅጽ የተፈረመበት ቀን **እስከ፡** ተማሪ ከዚህ በኋላ በትምህርት ቤት ውስጥ የማይመዘገብበት ቀን

ትምህርት ቤት መሰረት ለደረገ የጤና ማዕከል አገልግሎቶች የኪራይ ስምምነት

❑**አዎ፡** የበፊቱ ገጽ ላይ የተዘረዘሩ አገልግሎቶችን (ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማእከል አገልግሎቶች) አንብቤ ተረድቻለሁ እና የእኔ ፊርማ ልጄ በትምህርት ቤቱ ውስጥ ተማሪ እስከሆነ/ች ድረስ በተመረጠ ትምህርት ቤት መሰረት ያደረገ የጤና ማእከል የሚቀርቡ አገልግሎቶችን እንድወስድ/እንድትወስድ ስምምነትን ይሰጣል። በተጨማሪ የልጄ አካላዊ ወይም የጥርስ ጤና ውስጥ ያሉ ማንኛውም ለውጦች እና ይህን ስምምነት የማቅረብ ችሎታየ ላይ ተጽዕኖ የሚፈጥር ከልጄ ጋር መኖር ላይ ያለውን ማንኛውም ለውጥ ልጄን ወከየ ትምህርት ቤት መሰረት ላደረገ የጤና ማእከል በፍጥነት እንደሚያሳውቅ እስማማላሁ።

<u>ማስታወሻ</u>፡ በእድሜ ያልደረሰ የጤና ስምምነት ደንብ (22-B DCMR 600) መሰረት፣ የወላጅ ስምምነት (1) የእርግዝና ወይም ህጋዊ ማውረጃውን፣ (2) የእጽ መጠቀም፣ መድሃኒት እና አልኮልን ጨምሮ፣ (3) የአዕምሮ ወይም የስሜት ጤና ሁኔታ፣ ወይም (4) በጾታዊ ግንኙነት የምተላለፉ በሽታዎችን ለመከላከል፣ መመርመር ወይም ማከም አያስፈልግም። የወላጅ ስምምነት እያወቁ መስማማት ደረጃን ለሚያሟሉ እድሜያቸው 11 ዓመት እና ከዚያ በላይ የሆኑ በእድሜ አናሳ ለሆኑ ክትባት አያስፈልግም፣ ክትባቱ በዩናይትድ ስቴትስ አማካሪ ኮሚቴ በክትባት ልምምድ ላይ (ACIP) እንዲወሰድ ሲመከር እና በACIP የሚመከር የክትባት የጊዜ ሰሌዳ መሰረት ሲቀርብ። በተጨማሪ፣ የወላጅ ስምምነት የድንገተኛ ጊዜ የመጀመሪያ እርዳታ መተግበር ወይም የተማሪ ጤና ችግር ውስጥ ሲገባ ለአገልግሎቶች መስጠት አያስፈልግም። የወላጅ ስምምነት እድሜያቸው 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ለሆነ ወይም በህግ ለጾ ለወጡ ተማሪዎች አያስፈልግም።

በ ዲሲ አፊሴላዊ ኮድ ክፍል 38-651.11 ውስጥ እንደቀረበው፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤቱ፣ ሰራተኞቹ እና ኤጀንቶቹ፣ ስራ ላይ ያለው ሀኪም፣ ረዳት ሀኪም፣ ወይም ያደገ ስራ ላይ ያለ ነርስን የሚጨምር፣ በዲሲ አፊሴላዊ ኮድ ክፍል 38-651.01 et seq. ስር በሚያደርጉት የመልካም እምነት ተግባር ሀላፊነቶች ጋር በተያያዘ ወይም ከነሱ የተነሳ ማንኛዉም እርምጃዎች ወይም ማስቀረቶች ከሚነሳ የወንጀል ተጠያቂነት ነጻ እንደሆኑ እነሆ እውቅና እሰጣለሁ እናም እስማማለሁ፣ የወንጀል ድርጊቶች፣ እየታወቀ የሚደረግ ስህተት፣ ከባድ ቸልተኝነት፣ ወይም በፍላጎት የሚደረግ መጥፎ ጸባይ ከሆነ በስተቀር። ተማሪው የጤና አገልግሎቶችን መውሰድ ከመቻሉ በፊት ይህ ቅጽ መሞላት እና መግባት እንዳለበት እረዳለሁ።

❑**አይ፡** ልጄ PSBHC አገልግሎቶችን እንድወስድ/እንድትወስድ ፍቃድ <u>አልሰጥም</u>።

X _____ _____
የወላጅ/ሞግዚት ፊርማ *(ወይም ተማሪ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ/ች ወይም በህግ ከተፈወደለት/ላት)* **ቀን**

የጤና መረጃ ለማውጣት የወላጅ ስምምነት

የዚህ ቅጽ ላይ ያለው የጤና መረጃ መውጣትን አንብቤ ተረድቻለሁ። የእኔ ፊርማ የሚያሳየው እንደ የገለጸው የህክምና መረጃ ለመልቀቅ መስማማቴን ነው።

X _____ _____
የወላጅ/ሞግዚት ፊርማ *(ወይም ተማሪ 18 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ/ች ወይም በህግ ከተፈወደለት/ላት)* **ቀን**