

保健服务和治疗同意书

请选择学生所就读学校:

Anacostia 高中  Ballou 高中  Cardozo 教育园区  Coolidge 高中  Dunbar 高中  Woodson 高中  Roosevelt 高中

学生信息	父母/监护人信息
<p>学生姓氏: _____</p> <p>学生名字: _____</p> <p>出生日期: _____ / _____ / _____ 月 日 年</p> <p>学生的社会安全号码: _____ - _____ - _____</p> <p>性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 年级 _____</p> <p>族裔: <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人 <input type="checkbox"/> 亚裔/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____</p> <p>学生地址: _____ _____</p> <p>SBHC 是否会成为学生的常规医生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如否, 学生的常规医生为/将为? 姓名: _____ 电话: _____ 地址: _____ _____</p>	<p><b>母亲</b> 姓氏: _____ 名字: _____</p> <p><b>父亲</b> 姓氏: _____ 名字: _____</p> <p><b>法定监护人 (如适用)</b> 姓氏: _____ 名字: _____ 法定监护人与学生的关系 <input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 叔父姑舅 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p><b>父母或监护人的联系信息</b> 家庭电话: _____ 工作电话: _____ 手机: _____</p> <p><b>其他紧急联系人</b> 姓名: _____ 与学生的关系: _____ 家庭电话: _____ 工作电话: _____ 手机: _____</p>

保险信息

<p>您的孩子是否有 Medicaid 承保? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: Medicaid ID 编号: _____</p> <p>哪种保险计划? <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 (HSCSN) <input type="checkbox"/> CareFirst Community Health Plan DC</p>	<p>您的孩子是否通过您的雇主或任何其他类型的健康保险获得承保? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 健康计划: _____ 会员编号/保单号: _____ 健康保险电话: _____</p> <p>如果您的孩子没有健康保险, 您是否愿意临床个案经理与您联系, 协助您获得健康保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
--	--

校内健康中心服务

我同意我的孩子接受由校内健康中心持执照卫生专业人员提供的保健服务, 此为哥伦比亚特区卫生部 (DC Health) 和哥伦比亚特区公立学校 (DCPS) 批准的学校保健计划的一部分。我明白校内健康中心将依法确保保密性, 并将鼓励学生让其父母或监护人参与咨询和医疗护理决定。校内健康中心提供的服务可能包括, 但不限于:

1. 学校健康服务, 包括视力、听力、哮喘、肥胖和其他医疗状况筛查、急救, 以及所要求和建议的免疫接种。
2. 全面体检 (完整医疗检查), 包括为学校、大学、托儿所、体育赛事、就业和新生入学提供的体检。
3. 医学上规定的实验室检查, 如贫血、镰状细胞和糖尿病。
4. 医疗护理和治疗, 包括急性病和慢性病诊断, 以及配药和开药。
5. 心理健康服务, 包括评估、诊断、治疗和转诊。
6. 生殖健康保健服务, 包括禁欲咨询、提供避孕服务、怀孕测试、性传播疾病筛查和治疗、人类免疫缺陷病毒 (HIV) 检测、必要时进行巴氏宫颈刮片 (PAP) 检查, 并根据年龄对异常结果进行转介。
7. 健康教育和咨询, 以防止冒险行为, 如: 使用毒品、酒精和烟草; 关于禁欲、预防怀孕、性传播感染和 HIV 适龄教育。
8. 牙科治疗, 包括检查、X 光、诊断和治疗, 治疗方式可能包括清洁、实施局部和外用麻醉、补牙和使用密封胶。
9. 对校内健康中心不提供的服务, 进行转诊。
10. 年度健康调查问卷/调研。

**健康信息发布家长同意书**

我在下方签名，即代表我授权校内健康中心将所获得的健康信息发布给哥伦比亚特区公立学校和哥伦比亚特区卫生部。这些信息可能受到联邦隐私法和哥伦比亚特区法律的保护，不得披露。我进一步授权校内健康中心因法律或法规要求，或为保护我孩子的健康和安全之必须，向哥伦比亚特区公立学校和哥伦比亚特区卫生部发布具体的医疗信息。

我明白，我无须允许发布我孩子的健康信息，我的孩子也可以接受治疗，并且我可以随时改变想法，并通过写信给校内健康中心来撤销我的授权。但是，我明白，信息一经披露，在撤销授权之前发布的信息便不包括在撤销内容之内。我也明白，根据本授权书披露的健康信息，可由接收方再次披露，接收方应书面通知对方该健康信息因特定目的而再次披露，而任何其他再次披露均需额外同意。

我授权校内健康中心向哥伦比亚特区公立学校和哥伦比亚特区卫生部发布背面所列的学生具体医疗信息。

我明白，应报告疾病和免疫接种结果将被发布至哥伦比亚特区卫生部和哥伦比亚特区公立学校。此外，病例和调研信息可用于计划评估，须遵照联邦和哥伦比亚特区有关病患保密性的法律。

我在下方“同意发布健康信息”一栏中的签名，即代表我同意校内健康中心与为我孩子做检查的其他医疗机构进行联系，并获取保险信息。

**授权发布信息期限：**

自：签署表格日期 至：学生不再参加学校体育活动日期

**校内健康中心服务家长同意书**

是：我已阅读并理解上一页所列服务内容（校内健康中心服务），我签名即代表我同意我的孩子在学校就读期间接受所选定校内健康中心提供的服务。我还同意，如果我孩子的身体或牙齿健康有任何变化，以及我孩子的监护权有任何变化，影响到我代表我孩子提供此份同意书的能力，我将及时以书面形式通知校内健康中心。

**请注意：**根据《未成年人健康同意条例》（《哥伦比亚特区市政条例》(DCMR) 第 22-B 篇第 600 节），预防、诊断或治疗（1）怀孕或合法终止孕期；（2）药物滥用，包括药物和酒精滥用；（3）精神或情绪健康状况，或（4）性传播疾病，无需父母同意。此外，在学生健康受到威胁的情况下，实施紧急急救治疗或提供服务无需家长同意。年满 18 周岁或以上的学生或脱离父母而能完全独立生活之未满 18 周岁的未成年人学生无需家长同意书。

我特此承认并同意，根据《哥伦比亚特区官方法典》(D.C.Official Code) 第 38-651.11 节的规定，哥伦比亚特区、学校、其雇员和代理人，包括执业医师、医生助理或高级执业护士，对于与其真诚履行《哥伦比亚特区官方法典》第 38-651.01 等节规定的职责有关或由此而产生的任何行为或不行为，应被豁免民事责任，但犯罪行为、蓄意不当行为、严重疏忽或执意不当行为除外。我明白我必须在学生可以接受保健服务之前完成并提交此表格。

否：我不同意我的孩子接受 SBHC 服务。

**X**

家长/监护人签名（或学生签名，如果学生年满 18 周岁或以上，或法律允许的其他情况）

日期

**健康信息发布家长同意书**

我已阅读并理解本表第二页上的健康信息发布内容。我签名即代表我同意按规定发布医疗信息。

**X**

家长/监护人签名（或学生签名，如果学生年满 18 周岁或以上，或法律允许的其他情况）

日期

## 学生的健康教育记录共享同意书

《家庭教育权利和隐私权法案》(FERPA) 是一项保护学生教育记录隐私的联邦法律。本同意书的目的在于让与您的孩子接触的重要校内人员 (包括校长、学校护士、护士个案管理员、504 协调员和特殊教育工作人员) 能够共享孩子的健康相关教育记录给外部的健康相关机构和医疗保健提供者, 包括校内健康中心 (如果您的学校有的话)。如此一来, 这些人员和医疗保健提供者能够更好地为您的孩子协调健康相关服务。协调的服务将更加确保您孩子的需求得到满足, 并且他/她可以充分参与学校的学习环境。如果您同意, 请填写同意书、签名并将其交回您孩子学校的注册处。

\_\_\_\_\_  
(学生/孩子姓名)

\_\_\_\_\_  
(学校名称)

\_\_\_\_\_  
(出生日期)

\_\_\_\_\_  
(年级)

\_\_\_\_\_  
(学生 ID, 如果知道)

### 1.我授权哥伦比亚特区公立学校 (DCPS) 与以下机构和组织共享下文第 3 节中我孩子的教育记录：

- \* 哥伦比亚特区卫生署 (DC Department of Health),
- \* 哥伦比亚特区公众服务部 (DC Department of Human Services),
- \* 哥伦比亚特区心理健康部 (DC Department of Mental Health),
- \* 您孩子的医疗保健提供者, 以及
- \* 哥伦比亚特区健康照护财务部 (DC Department of Health Care Finance),
- \* 其他在学校提供服务的健康服务提供者

### 2.我了解此信息仅可用于以下目的：

- \* 规划并提供协调的教育和健康相关服务, 以及
- \* 评估服务我孩子的项目以及提供给我孩子的服务。

### 3.我授权使用/披露以下各项记录：

- \* 学校护士记录,
- \* 成绩、观察以及其他学生记录中的教育信息,
- \* IFSP/IEP 文件,
- \* 当前的医嘱 (由学校护士维护),
- \* 504 计划,
- \* 眼科医疗报告,
- \* 课程表,
- \* 听力报告, 以及
- \* 出席记录,
- \* 护理计划 (作为 IEP 或 504 计划的一部分)

### 4.我理解：

- \* 此授权书为自愿签署, 如果我选择不签署, 我的孩子不会被拒绝教育服务, 并且
- \* 我有权在签署本表格后索取副本, 并有权查看或复制根据本同意书披露的任何信息。

5.我同意上述信息的使用/披露。我了解此信息不得用于上述第 2 节中所述目的以外的任何目的。我可以随时以书面形式撤销此同意。我了解撤销此授权不会影响撤销被收到之前采取的任何行动, 或根据先前共享的信息采取的行动。

\_\_\_\_\_  
(家长/监护人/18 岁以上学生签名)

\_\_\_\_\_  
(与学生的关系)

\_\_\_\_\_  
(日期)

此授权自上方签名日期起一年后到期。