

## XÁC NHẬN CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG

Chương Trình Dịch Vụ Y Tế Học Đường của DC cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho học sinh trong suốt ngày học cũng như quản lý việc thăm khám thính giác và thị lực, quản lý hồ sơ y tế của học sinh và theo dõi xu hướng sức khỏe học sinh tại Quận Columbia. Chương Trình Dịch Vụ Y Tế Học Đường cũng cung cấp dịch vụ thăm khám từ xa yêu cầu học sinh nộp đơn đồng ý của phụ huynh/người giám hộ để tham gia.

Con của quý vị sẽ được khám thính giác và thị lực nếu các em chưa được thăm khám trong năm học trước, như được ghi trong giấy chứng nhận sức khỏe tổng quát đã nộp của các em. Thông tin về sức khỏe của con quý vị có thể được chuyển điện tử giữa các cơ quan được ủy quyền của Học Khu, các đại diện của họ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho con của quý vị. Thông tin y tế của học sinh sẽ luôn được lưu trữ và chuyển giao theo luật pháp và quy định của Học Khu và liên bang, bao gồm nhưng không chỉ gồm Đạo Luật Quyền Riêng Tư và Quyền Giáo Dục Gia Đình năm 1974 (FERPA), Đạo Luật Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA), Đạo Luật Công Nghệ Thông Tin Sức Khỏe cho Sự Lành Mạnh về Kinh Tế và Lâm Sàng (HITECH) và D.C. Luật 18-273, Đạo Luật Sửa Đổi Điều Phối Thông Tin và Chia Sẻ Dữ Liệu năm 2010 (Bộ Luật Chính Thức D.C. § 7-241 et seq.)

**Nếu quý vị muốn con của mình không tham gia vào buổi kiểm tra thính giác và/hoặc thị lực hoặc chuyển thông tin sức khỏe điện tử, vui lòng gửi đơn yêu cầu bằng văn bản đến văn phòng đăng ký của con quý vị, nhân viên phòng y tế trường học hoặc nộp đơn yêu cầu bằng điện tử qua Thông Tin Chương Trình Dịch Vụ Y Tế Học Đường và Yêu Cầu Cổng Thông Tin Trực Tuyến**

Nếu quý vị đồng ý cho con của quý vị tham gia Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa Của Dịch Vụ Sức Khỏe Học Đường, vui lòng nộp đơn đã hoàn thành phía dưới cho phòng đăng ký của con quý vị hoặc nhân viên phòng y tế trường học để đồng ý cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa.

## **ĐỒNG Ý CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỪ XA CỦA DỊCH VỤ SỨC KHỎE HỌC ĐƯỜNG**

Vui lòng gửi tài liệu đã hoàn thành cho cơ quan đăng ký trường học của con quý vị hoặc nhân viên phòng y tế. Chương Trình Chăm Sóc Sức khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Y Tế Học Đường cho phép học sinh được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế thăm khám từ xa tại trường của các em. Bằng việc ký tên dưới đây, tôi hiểu, thừa nhận và đồng ý rằng:

- Con tôi sẽ tham gia vào các cuộc hẹn được thực hiện bằng video (họp trực tuyến qua video) hoặc cuộc gọi điện thoại (hội nghị qua điện thoại) với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, như nhà cung cấp sức khỏe hành vi có thể ở một địa điểm ngoài trường học. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể xác định rằng một buổi khám theo dõi trực tiếp hoặc các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu là bắt buộc.
- Ngoài nhà cung cấp và nhóm chăm sóc sức khỏe của con tôi, những cá nhân vận hành thiết bị video và được đào tạo để duy trì tính bảo mật của tất cả thông tin thu được cũng có thể có mặt. Học sinh có quyền yêu cầu: (1) bỏ qua các chi tiết cụ thể về tiền sử bệnh/khám sức khỏe của các em; (2) yêu cầu các cá nhân không phải là nhân viên y tế rời khỏi phòng khám; hoặc (3) buổi thăm khám có thể được kết thúc bất cứ lúc nào.
- Tôi có quyền từ chối một cuộc hẹn khám sức khỏe từ xa cho con tôi.
- Tôi ủy quyền cho Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa Của Dịch Vụ Sức Khỏe Học Đường chia sẻ hồ sơ giáo dục và thông tin sức khỏe của con tôi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cho con tôi.
- Tôi cho phép nhà cung cấp hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe của họ tiết lộ bất kỳ và tất cả thông tin cho chương trình bảo hiểm y tế của con tôi hoặc bất kỳ đại diện nào khác có thể chịu trách nhiệm thanh toán các hóa đơn y tế liên quan đến cuộc thăm khám. Tôi cũng ủy quyền cho Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Y Tế Học Đường tiết lộ thông tin y tế cụ thể cho các viên chức trường học và DC Health, vì luật pháp hoặc quy định yêu cầu, hoặc vì điều đó là cần thiết để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của con tôi.
- Bảo hiểm của tôi có thể được lập hóa đơn cho các dịch vụ Thăm Khám Từ Xa. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm cung cấp thông tin bảo hiểm và chịu trách nhiệm về bất kỳ khoản đồng thanh toán bổ sung hoặc khoản phí nào phát sinh từ dịch vụ này. Những người ghi danh vào bất kỳ Tổ Chức Chăm Sóc có Quản Lý nào của DC Medicaid sẽ không nhận được hóa đơn đối với bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp qua chăm sóc sức khỏe từ xa. Tất cả các chi phí đi kèm với chương trình này đều theo ý muốn của công ty bảo hiểm. Bất kỳ khoản đồng thanh toán nào là bắt buộc đối với các chuyến thăm khám chăm sóc chính có thể áp dụng cho dịch vụ này. Tôi hiểu rằng bất kỳ khoản tiền hoặc quyền lợi nào để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa đều sẽ được chỉ định và chuyển cho nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm cả quyền lợi/khoản tiền từ chương trình bảo hiểm y tế của tôi, Medicaid hoặc các bên thứ ba khác, những người chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc y tế của con tôi. Tôi cho phép tiết lộ tất cả thông tin cần thiết (bao gồm nhưng không chỉ gồm hồ sơ y tế, bản sao của các yêu cầu thanh toán và các hóa đơn được chia thành từng khoản) để xác minh việc thanh toán và khi cần cho các mục đích về sức khỏe cộng đồng khác.
- Nếu tôi không hài lòng với các dịch vụ được cung cấp bất kỳ lúc nào, tôi có thể gửi khiếu nại với nhóm Thanh Tra qua điện thoại: (202) 724-7491 hoặc qua email: [healthcareombudsman@dc.gov](mailto:healthcareombudsman@dc.gov). Các khiếu nại cũng phải được nộp qua cổng thông tin Chương Trình Dịch Vụ Y Tế Học Đường tại: <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
- Mẫu đơn đồng ý này sẽ có hiệu lực trong suốt thời gian học sinh ghi danh vào trường học. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào bằng cách đưa cho nhân viên bộ phận y tế một lá thư có chữ ký và ghi ngày tháng để rút lại sự đồng ý của tôi.

Thông Tin Cá Nhân của Học Sinh   Do phụ huynh/người giám hộ/học sinh (nếu từ 18 tuổi trở lên) hoàn thành.				
<b>Họ của Học Sinh:</b>		<b>Tên của Học Sinh:</b>		<b>Ngày Sinh:</b>
<b>Tên của Trường Học hoặc Cơ Sở Giữ Trẻ:</b>				
<b>Địa Chỉ Nhà:</b>	<b>Căn Hộ:</b>	<b>Thành Phố:</b>	<b>Tiểu Bang:</b>	<b>Mã ZIP:</b>
<b>Dân Tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)</b>				
<input type="checkbox"/> Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không phải Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời				
<b>Chủng Tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)</b>				
<input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Da Đen/ Người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii/ Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời				
Thông Tin Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ				
<b>Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ 1:</b>		<b>Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ 2:</b>		
<b>Điện Thoại:</b>	<b>Email:</b>	<b>Điện Thoại:</b>	<b>Email:</b>	
<b>Mối Quan Hệ với Học Sinh:</b>		<b>Mối Quan Hệ với Học Sinh:</b>		
<b>Số Điện Thoại của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:</b>		<b>Số Điện Thoại của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:</b>		
<b>Tên Liên Hệ Khẩn Cấp, Mối Quan Hệ với Học Sinh:</b>		<b>Số Điện Thoại Liên Hệ Khẩn Cấp:</b>		
Thông Tin Bảo Hiểm				
<b>Loại Bảo Hiểm:</b>		<b>Tên/Số ID Bảo Hiểm:</b>		
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Tư Nhân <input type="checkbox"/> Không Có		<b>Chương Trình Bảo Hiểm:</b>		
<b>Nếu con quý vị không có bảo hiểm y tế, quý vị có muốn được người quản lý hồ sơ lâm sàng liên hệ để được hỗ trợ về việc nhận bảo hiểm y tế không?</b>				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
<b>Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:</b>				
<b>Tổ Chức &amp; Địa Chỉ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:</b>				
<b>Số Điện Thoại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:</b>				

Tên Học Sinh (in hoa) \_\_\_\_\_ Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (in hoa) \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh nếu từ 18 tuổi trở lên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

## CÁC CHÍNH SÁCH CỦA CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG

Các Chính Sách của Chương trình Dịch vụ Y tế Học Đường dưới đây được cung cấp để quý vị biết.

- Để tham gia chuyển thông tin của con tôi bằng điện tử cho SHSP, tôi phải đồng ý cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của học sinh gửi thông tin sức khỏe bản điện tử của con tôi bao gồm, nhưng không chỉ gồm thông tin trong giấy chứng nhận sức khỏe tổng quát, đến trường của con tôi. Thông tin liên quan đến dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho con tôi tại trường của con tôi có thể được chia sẻ với các cơ quan khác của Học Khu nhằm mục đích điều phối việc chăm sóc con tôi và để thu thập dữ liệu trên toàn Học Khu, ví dụ như để theo dõi bệnh hen suyễn hoặc các xu hướng y tế khác trong Học Khu.
- Học sinh từ mười tám (18) tuổi trở lên, hoặc trẻ vị thành niên tự lập, theo định nghĩa của D.C. Bộ Luật Chính Thức § 7-1231.02 (10) có thể tự điền vào mẫu đơn này và đồng ý về mặt pháp lý đối với bất kỳ dịch vụ y tế nào của trường.
- Theo Quy Định về Sự Đồng Ý Chăm Sóc Sức Khỏe Trẻ Vị Thành Niên (22-B DCMR § 600.7), đối với trẻ vị thành niên có thể đồng ý về mặt pháp lý đối với việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị (1) mang thai hoặc việc chấm dứt hợp pháp; (2) lạm dụng chất kích thích, bao gồm lạm dụng ma túy và rượu; (3) tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc cảm xúc, hoặc (4) bệnh lây truyền qua đường tình dục. Ngoài ra, không cần sự đồng ý của cha mẹ đối với việc áp dụng phương pháp điều trị sơ cứu khẩn cấp hoặc cung cấp các dịch vụ khi sức khỏe của học sinh gặp nguy hiểm.
- Việc đồng ý và xác nhận trong văn bản này sẽ có hiệu lực trong suốt thời gian học sinh ghi danh. Tôi có thể rút lại việc đồng ý bất kỳ lúc nào bằng cách cung cấp thư có chữ ký và ngày tháng cho trường học của con tôi.
- Như đã được cung cấp cho D.C. Bộ Luật Chính Thức § 38-651.11, Học Khu, trường học, nhân viên và đại diện, (nhân viên y tế của trường) hoặc bác sĩ hành nghề, trợ lý bác sĩ hoặc y tá hành nghề cao cấp ban hành luật có hiệu lực, sẽ được miễn trừ trách nhiệm dân sự đối với bất kỳ hành vi hoặc thiếu sót nào liên quan đến hoặc phát sinh từ việc thực hiện một cách thiện chí của họ đối với trách nhiệm theo Bộ Luật Chính Thức của D.C mục § 38-651.01 và các mục tiếp theo, ngoại trừ các hành vi phạm tội, cố ý làm trái, hành vi bất cẩn hoặc hành vi sai trái cố ý.



## CHẤP THUẬN CHIA SẺ HỒ SƠ GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH

Đạo Luật Quyền Riêng Tư Và Quyền Giáo Dục Gia Đình (FERPA) là luật liên bang bảo vệ quyền riêng tư của hồ sơ giáo dục của học sinh. Mục đích của bản chấp thuận này là để cho phép các nhân viên chủ chốt của trường (*chẳng hạn như hiệu trưởng, y tá của trường, người quản lý hồ sơ y tá, Điều Phối Viên 504 và nhân viên Giáo Dục Đặc Biệt*) làm việc với con quý vị để chia sẻ các hồ sơ giáo dục liên quan đến sức khỏe với các cơ quan liên quan đến sức khỏe bên ngoài và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả các trung tâm y tế tại trường học (*nếu có một trung tâm y tế nằm trong trường của quý vị*). Các nhân viên và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này sau đó sẽ có thể phối hợp tốt hơn để phục vụ các dịch vụ liên quan đến sức khỏe cho con quý vị. Các dịch vụ y tế phối hợp

sẽ đảm bảo tốt hơn rằng các nhu cầu về sức khỏe của con quý vị được đáp ứng và con quý vị có thể tham gia đầy đủ vào môi trường học tập của trường học. Xin lưu ý rằng học sinh có thể cần hỗ trợ bổ sung do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ định hoặc được chỉ định trong chương trình giáo dục cá nhân (IEP) hoặc Kế Hoạch Mục 504 (kế hoạch được phát triển theo Mục 504 của Đạo Luật Phục Hồi năm 1973 để cung cấp thêm hỗ trợ đặc biệt hoặc dịch vụ cho học sinh bị suy giảm sức khỏe thể chất hoặc tinh thần); một số dịch vụ này có thể không được y tá của trường học cung cấp hoặc không có sẵn trong phòng y tế của trường. **NEU QUÝ VỊ ĐỒNG Ý VỚI BẢN CHẤP THUẬN NÀY, VUI LÒNG ĐIỀN, KÝ TÊN VÀ GỬI LẠI CHO NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH ĐĂNG KÝ TẠI TRƯỜNG HỌC CỦA CON QUÝ VỊ.**

(Tên của Học Sinh/Trẻ)	(Tên Trường Học)
(Ngày Sinh)	(ID Học Sinh, nếu biết)
(Lớp)	

### 1. Tôi cho phép cho các Trường Công Lập của DC chia sẻ hồ sơ giáo dục về con tôi được nêu trong Phần 3 dưới đây với mỗi cơ quan và tổ chức sau:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| *Sở Y Tế DC,                        | *Sở Dịch Vụ Nhân Sinh DC,   |
| *Sở Sức Khỏe Tâm Thần DC,           | *(Các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị, và      |
| *Sở Tài Chính Chăm Sóc Sức Khỏe DC, | *Các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác cung cấp dịch vụ trong trường học |

### 2. Tôi hiểu rằng thông tin này CHỈ có thể được sử dụng cho các mục đích sau:

- \* Lập kế hoạch và cung cấp các dịch vụ phối hợp liên quan đến giáo dục và sức khỏe, và
- \* Đánh giá các chương trình phục vụ con tôi và các dịch vụ được cung cấp cho con tôi.

### 3. Tôi cho phép sử dụng/tiết lộ mỗi hồ sơ sau:

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| *Hồ sơ của y tá của trường, | * Điểm, kết quả quan sát và thông tin giáo dục khác có trong hồ sơ học sinh, |
| * Hồ sơ IFSP/IEP,           | * Các yêu cầu Thuốc hiện tại (do y tá của trường lưu giữ),                   |
| * Kế hoạch 504,             | * Báo cáo y tế về mắt,   |
| * Lịch học,                 | * Báo cáo đánh giá thính giác, và  |
| * Hồ sơ đi học chuyên cần,  | * Kế hoạch chăm sóc điều dưỡng (như một phần của IEP hoặc Kế Hoạch 504)      |
| * Hồ Sơ Sức Khỏe Hành Vi    |  |

### 4. Tôi hiểu rằng:

- \* Sự cho phép này là tự nguyện và con tôi sẽ không bị từ chối phục vụ các dịch vụ giáo dục nếu tôi chọn không ký, và;
- \* Tôi có quyền yêu cầu một bản sao của mẫu chấp thuận này sau khi tôi ký tên và xem hoặc sao chép bất kỳ thông tin nào được tiết lộ theo bản chấp thuận này.

**5. Tôi đồng ý với việc sử dụng/tiết lộ thông tin ở trên. Tôi hiểu rằng thông tin này không thể được sử dụng cho bất kỳ mục đích nào ngoài những mục đích đã nêu ở trên trong Phần 2. Sự chấp thuận này có thể bị tôi thu hồi bằng văn bản bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng việc thu hồi sự cho phép này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào được thực hiện trước khi nhận được thông tin thu hồi hoặc các hành động được thực hiện dựa trên thông tin đã chia sẻ trước đó.**

(Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ/học sinh trên 18 tuổi)

(Mối quan hệ với học sinh)

(Ngày)



## ĐƠN ĐỒNG Ý CHIA SẼ HỒ SƠ ĐI HỌC CHUYÊN CẦN CỦA HỌC SINH VỚI CÁC NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC Y TẾ

Dự Án Hợp Tác về Nguồn Trợ Giúp Đi Học Chuyên Cần trong Giáo Dục và Sức Khỏe (CARE-H) là sự hợp tác giữa các Trường Công lập DC (DCPS) và các nhà cung cấp dịch vụ y tế địa phương dành cho những học sinh đang theo học tại DCPS và hiện là bệnh nhân của Bệnh Viện Nhi Đồng Quốc Gia. Dự án CARE-H nhằm mục đích hỗ trợ sức khỏe của học sinh và giảm tình trạng nghỉ học, bởi vì những học sinh khỏe mạnh sẽ có thể đến trường và học tập tốt hơn. Để dự án CARE-H hoạt động, các trường DCPS phải cung cấp thông tin về việc đi học chuyên cần của con tôi cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của con tôi.

Bằng việc ký vào đơn đồng ý này, quý vị cho phép DCPS chia sẻ thông tin điểm danh một cách an toàn với (các) bác sĩ, (các) y tá và nhân viên văn phòng y tế của con quý vị. Thông tin này sẽ giúp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe này cung cấp dịch vụ tiếp cận và chăm sóc y tế đặc biệt cho học sinh và gia đình của họ khi cần. Điều này cũng sẽ cho phép DCPS làm việc với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe này để giữ cho con tôi khỏe mạnh và thành công ở trường. Tôi biết và hiểu rằng tôi sẽ có cơ hội xem xét các hồ sơ và quyền phản đối nội dung của các hồ sơ đó.

Sự cho phép này sẽ tiếp tục cho đến khi con tôi ghi danh tại DCPS, trừ khi tôi rút lại sự đồng ý của mình bằng văn bản. Tôi có thể rút lại đơn đồng ý của mình bất cứ lúc nào. LƯU Ý: Nếu DCPS muốn chia sẻ hoặc thảo luận về các phần khác trong hồ sơ học tập của con tôi với nhóm y tế của con tôi, tôi sẽ được yêu cầu cung cấp đơn đồng ý riêng.

Tên Học Sinh (in hoa) \_\_\_\_\_ Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (in hoa) \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh nếu từ 18 tuổi trở lên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_