



Kính Gởi Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Quý vị có biết rằng con trai hoặc con gái của quý vị có thể được CHĂM SÓC Y TẾ ở West Seattle Teen Health Center (Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên West Seattle) không? The Teen Health Center (Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên) này được đặt tại West Seattle High School và được điều hành bởi Neighborcare Health, một mạng lưới Trung Tâm Y Tế Cộng Đồng của Seattle gồm có 17 y viện y khoa, nha khoa và học đường, phục vụ hơn 45,000 bệnh nhân mỗi năm. Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên này cũng nhận được tài trợ từ Tiền Thuế Giáo Dục và Gia Đình của Thành Phố Seattle.

Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên, có Bác Sĩ, Cố Vấn Sức Khỏe Tâm Thần, và một Điều Phối Viên Y Viện, cung cấp tất cả các dịch vụ (và còn nhiều nữa) của một bác sĩ gia đình trong một bối cảnh tiện lợi cho thiếu niên. Các dịch vụ này bao gồm cố vấn sức khỏe tâm thần, khám sức khỏe định kỳ, khám thể thao, y tế sinh sản, điều trị các bệnh cấp tính và mãn tính, chủng ngừa, khám thị lực và thính lực, giới thiệu đến bác sĩ nha khoa, thử nghiệm và dược phẩm. Chúng tôi cũng cung cấp giáo huấn phòng ngừa về thuốc lá, rượu và phòng ngừa việc sử dụng ma túy, thương tích và bạo lực. Các học sinh có thể chọn Neighborcare Health làm nơi chăm sóc sức khỏe chính của các em và có thêm các dịch vụ y tế khác bao gồm nha khoa.

Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên mở cửa mỗi ngày trong giờ học và sau giờ học để học sinh của quý vị có thể được khám vào lúc thuận tiện cho lịch trình của em đó. Ngoài ra, chúng tôi cũng làm việc chặt chẽ với các bác sĩ chăm sóc ở các y viện khác của Neighborcare Health để học sinh của quý vị có thể được dễ dàng giới thiệu cho khám theo dõi y khoa hoặc nha khoa tại một trong những địa điểm khác của họ vào cuối tuần và khi trường nghỉ lễ.

**Để dùng dịch vụ này quý vị chỉ cần điền và ký tên vào các mẫu kèm theo đây, mẫu đăng ký, mẫu ưng thuận và tiểu sử y tế và gửi các mẫu đó lại cho Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên.**

Sự hỗ trợ từ Tiền Thuế Giáo Dục và Gia Đình không đài thọ toàn bộ chi phí của Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên. Nếu quý vị có bảo hiểm y tế, chúng tôi yêu cầu quý vị điền phần đó trong mẫu đăng ký để chúng tôi có thể gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của quý vị. Bảo hiểm của chính phủ trợ cấp (phiếu y khoa) sẽ đài thọ toàn bộ lệ phí cho các dịch vụ của học sinh quý vị tại Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên. Tuy nhiên, quy luật của công ty bảo hiểm tư có thể đòi hỏi quý vị trả cho một số dịch vụ dành cho học sinh có bảo hiểm tư.

Nếu quý vị không có bảo hiểm y tế, ban nhân viên ở West Seattle Teen Health Center có thể giúp quý vị ghi danh nếu quý vị hội đủ điều kiện. Điều duy nhất quý vị cần làm là cho biết rằng quý vị “không có bảo hiểm” trong phần bảo hiểm trên mẫu đăng ký và cho họ biết rằng quý vị muốn nộp đơn xin Medicaid. West Seattle Teen Health Center và Neighborcare Health tận tâm phục vụ các học sinh bất luận khả năng chi trả.

West Seattle High School được may mắn có Trung Tâm Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên và tôi hy vọng quý vị sẽ tận dụng nguồn trợ giúp này cho con trai hoặc con gái quý vị. Nếu quý vị muốn có thêm thông tin hoặc cần được trợ giúp về bất cứ giấy tờ gì, xin vui lòng gọi West Seattle Teen Health Center ở (206) 658-8048.

Kính chào quý vị,

Bruce Bivens, Hiệu Trưởng

**Chương Trình Trung Tâm Y Tế Tại Trường**

**Mẫu Tiểu Sử Y Tế Trẻ Vi Thành Niên**

Tên Học Sinh \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_ Ngày Điền Đơn \_\_\_\_\_

Chữ Ký Của Người Điền Đơn \_\_\_\_\_

**Nếu em này cần được khám bệnh ở West Seattle Teen Health Center XIN VUI LÒNG GỌI (206) 658-8058.**

**TIỂU SỬ Y TẾ CÁ NHÂN**

**Em này đã có bao giờ bị một trong những vấn đề sau đây không?**

- |                                      |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rượu/ma túy | <input type="checkbox"/> Ung thư          | <input type="checkbox"/> Viêm gan (Vàng da)                 | <input type="checkbox"/> Tai nạn nghiêm trọng                                   |
| <input type="checkbox"/> Thiếu máu   | <input type="checkbox"/> Thủy đậu/trái rạ | <input type="checkbox"/> Thương tích ở đầu gối hoặc cổ chân | <input type="checkbox"/> Giải phẫu  |
| <input type="checkbox"/> Thấp khớp   | <input type="checkbox"/> Trầm cảm         | <input type="checkbox"/> Khuyết tật học/ADD                 | <input type="checkbox"/> Tuyến giáp   |
| <input type="checkbox"/> Hen suyễn   | <input type="checkbox"/> Tiểu đường       | <input type="checkbox"/> Tâm thần/tình cảm                  | <input type="checkbox"/> Viêm đường tiểu  |
| <input type="checkbox"/> Dị ứng      | <input type="checkbox"/> Truyền máu       | <input type="checkbox"/> Thương tích đầu/cổ                 | <input type="checkbox"/> Kết quả dương tính khi thử nghiệm trên da tìm bệnh lao |
| <input type="checkbox"/> Gãy xương   | <input type="checkbox"/> Bệnh tim         | <input type="checkbox"/> Động kinh                          |   |

Các bệnh quan trọng khác, các cuộc giải phẫu, những lần nằm bệnh viện, thương tích hoặc tình trạng khác (xin miêu tả và cho biết năm) \_\_\_\_\_

Em này có được khám sức khỏe trong vòng 2 năm qua không?  có  không

Em này có được khám răng trong năm vừa qua không?  có  không

Em này có bị dị ứng với bất cứ thuốc nào không?  có  không Nếu có, xin vui lòng giải thích \_\_\_\_\_

**THUỐC MEN**

Không có

Bao gồm thuốc ngừa thai và các thuốc không có toa bác sĩ như là vitamin, thuốc trị đau nhức, thuốc xổ, thuốc aspirin và được thảo.

<u>Thuốc</u>	<u>Liều Lượng</u>	<u>Lý Do</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**TIỂU SỬ Y TẾ GIA ĐÌNH**

Học sinh này sinh sống với ai? (Xin vui lòng cho biết theo mối quan hệ) \_\_\_\_\_

Học sinh này có bao nhiêu anh em? \_\_\_ chị em? \_\_\_\_\_

Có phải học sinh này là con nuôi?  có  không

**Đối với từng căn bệnh dưới đây, xin vui lòng cho chúng tôi biết nếu một người trong gia đình (ông bà nội/ngoại, cậu chú bác/cô dì, anh chị em) có bị bệnh này.**

	<u>KHÔNG</u>	<u>CÓ</u>	<u>Nếu có, xin cho biết ai?</u>		<u>KHÔNG</u>	<u>CO</u>	<u>Nếu có, xin cho biết ai?</u>
• Có vấn đề về rượu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Bị nhồi máu cơ tim trước 55 tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Ung thư vú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Bị mỡ trong máu cao cần phải uống thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Bị cao áp huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Có vấn đề ma túy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Bệnh lao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Chết bất đắc kỳ tử	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Bị tai biến mạch máu não trước khi 55 tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Ung thư đại tràng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
• Bệnh ung thư khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

Các bệnh hoặc tình trạng khác (giải thích) \_\_\_\_\_

**XIN VUI LÒNG TIẾP TỤC QUA TRANG KẾ →**

**FOR CLINIC USE ONLY**

Reviewer/Date \_\_\_\_\_

Reviewer/Date \_\_\_\_\_

Reviewer/Date \_\_\_\_\_

NEIGHBORCARE HEALTH – Chương Trình Trung Tâm Y Tế Tại Trường				
Xin vui lòng giúp chúng tôi phục vụ quý vị được tốt hơn bằng cách cung cấp thông tin được giữ kín sau đây				<b>MẪU ĐĂNG KÝ</b>
<b>Quý vị đã từng đăng ký với Trung Tâm Y Tế Tại Trường chưa?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
TÊN: Họ	Tên	Tên Lót	Họ Trước Kia	Biệt Danh
Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân		Ngày Sinh của Bệnh Nhân ____/____/____	Giới Tính của Bệnh Nhân (Khoanh tròn một giới tính) NAM      NỮ	
Địa Chỉ Gửi Hóa Đơn Cho Bệnh Nhân (Địa Chỉ hoặc Hộp Thư)		<b>NGÔN NGỮ (Ngôn ngữ chính được dùng ở nhà của bệnh nhân)</b>		
Thành phố Tiểu Bang Số Zip		<input type="checkbox"/> TIẾNG AMHARIC <input type="checkbox"/> HƠ-MONG <input type="checkbox"/> SAMÔAN <input type="checkbox"/> Ả-RẬP <input type="checkbox"/> ĐẠI HÀN <input type="checkbox"/> SÔMALI <input type="checkbox"/> CAMPUCHIA/KHỜ-ME <input type="checkbox"/> LÀO <input type="checkbox"/> TÂY BAN NHA <input type="checkbox"/> QUẢNG ĐÔNG <input type="checkbox"/> QUAN THOẠI <input type="checkbox"/> PHI LUẬT TÂN <input type="checkbox"/> TIẾNG <input type="checkbox"/> ANH MIỀN <input type="checkbox"/> THÁI <input type="checkbox"/> BA TƯ <input type="checkbox"/> ÔRÔMÔ <input type="checkbox"/> TIGRI <input type="checkbox"/> PHÁP <input type="checkbox"/> NGA <input type="checkbox"/> VIỆT		
Quốc Gia	Hạt	Số Điện Thoại Nhà		
Số Điện Thoại ở Sở và Máy Nhánh		<input type="checkbox"/> TIẾNG KHÁC      Ngôn ngữ: _____		
Loại Điện Thoại Khác: _____ (Lưu Động/Loại Khác)		<b>Học Sinh có Bác Sĩ Chăm Sóc Chính/Y Viện không? (khoanh tròn một chọn lựa)</b> Có      Không		
Điện thư		Nếu có, xin vui lòng cung cấp:      Tên Bác Sĩ: _____      Số Điện Thoại: _____		
Tôi muốn được liên lạc theo cách sau đây (khoanh tròn một cách)		<b>Số ID của Học Sinh</b> _____ <b>Lớp</b> _____		
Nhà      Sở      Điện Thoại Lưu Động		<b>Tình Trạng Học Sinh (khoanh tròn một tình trạng)</b>		
<input type="checkbox"/> Thông Tin Chi Tiết      (DI) <input type="checkbox"/> Chỉ Để Lại Số Để Gọi Lại      (CB)		Toàn Thời Gian      Bán Thời Gian      Không Phải Là Học Sinh		
		<b>Là Người Hút Thuốc (khoanh tròn)</b> Có      Không		
<b>Câu Hỏi về Dân Số (nhập vào phần "Client Defined" của màn ảnh "Patient Information")</b>				
<b>Khuyết Tật/Tàn Phế:</b> BỆNH NHÂN CÓ BỊ MỘT TÌNH TRẠNG HIỆN ĐANG TIẾP DIỄN NGĂN NGỪA CÁC HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <b>Di Dân/Người Tị Nạn:</b> BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ MỘT DI DÂN HOẶC NGƯỜI TỊ NẠN HAY LÀ MỐI ĐẾN QUỐC GIA NÀY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <b>Tổng Số Người trong hộ gia đình:</b> SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH BÁO CÁO TRONG MẪU KHAI THUẾ: _____ <b>Tổng Số Trẻ Em Dưới 18 tuổi:</b> SỐ TRẺ EM DƯỚI 18 TUỔI TRONG GIA ĐÌNH: _____ <b>Gia Cảnh:</b> BỆNH NHÂN SỐNG TRONG GIA ĐÌNH VỚI MỘT CHA HOẶC MỘT MẸ? <input type="checkbox"/> CÓ (cha) <input type="checkbox"/> CÓ (me) <input type="checkbox"/> KHÔNG				
<b>Câu Hỏi Hệ Thống Dữ Liệu Đồng Dạng (nhập vào phần "UDS" của màn ảnh "Patient Information")</b>				
<b>Tình Trạng Nhà Ở:</b> <input type="checkbox"/> Ở Chung <input type="checkbox"/> Không Phải Vô Gia Cư <input type="checkbox"/> Loại khác <input type="checkbox"/> Nhà Chính Phủ Trợ Cấp <input type="checkbox"/> Nơi Tạm Trú <input type="checkbox"/> Ngoài Đường <input type="checkbox"/> Đang Thay Đổi <input type="checkbox"/> Không biết/ <b>Tình Trạng Công Nhân Làm Rẫy (khoanh tròn một loại):</b> Di cư      Làm theo mùa      Không phải là công nhân làm rẫy      Không có báo cáo <b>Cần Có Thông Dịch Viên:</b> Có cần một thông dịch viên cho bệnh nhân này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
<b>Chủng Tộc:</b>			<b>Dân tộc:</b>	
<input type="checkbox"/> NGƯỜI DA ĐỎ/NGƯỜI BẢN XỨ GIA-NÃ-ĐẠI <input type="checkbox"/> NGƯỜI BẢN XỨ HẠ-UY-DỊ <input type="checkbox"/> NGƯỜI Á CHÂU <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC Ở VÙNG ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG <input type="checkbox"/> NGƯỜI DA ĐEN/NGƯỜI MỸ GỐC PHI CHÂU <input type="checkbox"/> KHÔNG BÁO CÁO/TỪ CHỐI <input type="checkbox"/> NHIỀU HƠN MỘT CHỨNG TỘC <input type="checkbox"/> NGƯỜI DA TRẮNG			<input type="checkbox"/> NGƯỜI GỐC Y-PHA-NHO HOẶC MỸ LA TINH <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC	
<b>PHỤ HUYNH, NGƯỜI GIÁM HỘ HOẶC NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM (khoanh tròn một người)</b>		<b>GIỚI TÍNH CỦA PHỤ HUYNH</b> <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<b>NGÀY SINH CỦA NGƯỜI GIÁM HỘ/DATE OF BIRTH</b> ____/____/____	<b>SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC (Mối quan hệ)</b>
<b>TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP LIÊN LẠC:</b> Mối quan hệ: _____      Số điện thoại: _____      Địa chỉ: _____				
Tên Hãng Bảo Hiểm Chính: _____				
Tên Người Mua Bảo Hiểm: _____      Mối Quan Hệ: _____      Giới Tính Của Người Mua Bảo Hiểm: _____      Ngày Sinh của Người Mua Bảo Hiểm: ____/____/____				
Chương Trình Số: _____      Chính Sách Số: _____      Nhóm Số: _____				
Tên Nhóm: _____      Ngày Có Hiệu Lực: ____/____/____				
Tên Hãng Bảo Hiểm Phụ: _____				
Tên Người Mua Bảo Hiểm: _____      Mối Quan Hệ: _____      Giới Tính Của Người Mua Bảo Hiểm: _____      Ngày Sinh của Người Mua Bảo Hiểm: ____/____/____				
Chương Trình Số: _____      Chính Sách Số: _____      Nhóm Số: _____				
Tên Nhóm: _____      Ngày Có Hiệu Lực: ____/____/____				
<b>CHO PHÉP TIẾT LỘ VÀ CHỮ KÝ ỨNG THUẬN</b>				
<b>CHỨNG NHẬN THÔNG TIN VÀ ỨNG THUẬN CHO CHĂM SÓC:</b> Tôi chứng nhận rằng thông tin đăng ký mà tôi đã báo cáo đến y viện này hiện thời là đúng và tôi hiểu rằng bất cứ thông tin nào cố ý báo sai có thể làm cho tôi phải chịu trách nhiệm chi trả toàn bộ tiền cho các dịch vụ đã được cấp phát. Tôi cho phép ban nhân viên Y Khoa/Nha Khoa của y viện có tên ở trên được thi hành các phương pháp điều trị và trị liệu đã đặt ra được xem là chuyên nghiệp và cần thiết về mặt y khoa hoặc được khuyến khích nên có các điều trị và trị liệu đó trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh của tôi. Tôi hiểu rằng việc chăm sóc y khoa có thể được cung cấp do một Bác Sĩ, Y Sĩ, Trợ Tá Bác Sĩ hoặc các nhân viên có giấy phép hành nghề khác. Tôi hiểu rằng việc chăm sóc nha khoa có thể được cung cấp do các Nha Sĩ có giấy hành nghề, các Chuyên Viên Vệ Sinh Răng, Trợ Tá Nha Sĩ, sinh viên Nha Khoa hoặc sinh viên Vệ Sinh Răng hay các tình nguyện viên được đào tạo theo Đạo Luật Hành Nghề Nha của Tiểu Bang Washington. Việc cho phép này sẽ vẫn có hiệu lực trừ phi việc ứng thuận này được hủy bỏ bằng thư báo gửi đến Giám Đốc Y Khoa/Nha Khoa. Việc chi định và việc cho phép tiết lộ này cho phép Neighborcare Health được tiết lộ đến công ty bảo hiểm của tôi, CMS hoặc DSHS về bất cứ thông tin nào cần thiết để quyết định chi trả cho các dịch vụ có liên quan.				



## Ứng Thuận Cho Các Dịch Vụ Y Tế Chương Trình Trung Tâm Y Tế Tại Trường

Neighborcare Health phải có một Mẫu Ứng Thuận có chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp trước khi cung cấp dịch vụ cho học sinh của quý vị, ngoại trừ trong các trường hợp mà luật pháp liên bang và/hoặc tiểu bang cho phép học sinh được có việc điều trị như vậy mà không có sự ứng thuận của phụ huynh/người giám hộ. Bất cứ ai đều có thể tự mình nhận sự chăm sóc y tế hệ sinh sản ở bất cứ tuổi nào và họ có thể tự mình nhận các dịch vụ cai rượu và ma túy và cố vấn sức khỏe tâm thần ở 13 tuổi. Nếu cần, Trung Tâm Y Tế sẽ thông báo cho học sinh biết các chọn lựa chăm sóc ở bên ngoài hệ thống và sẽ trợ giúp học sinh thảo luận các vấn đề này với phụ huynh/người giám hộ.

Khi ký tên vào Mẫu Ứng Thuận này, quý vị cũng cho phép y tá ở trường được cấp thuốc không cần toa bác sĩ (ví dụ, Ibuprofen, Tylenol, Tums, v.v.) như đã được Chuyên Viên Điều Dưỡng của Trung Tâm Y Tế cho toa. Nếu việc này không chấp nhận được, xin vui lòng cho biết bằng cách viết vào mẫu này.

Tôi yêu cầu và cho phép

Tên của Học Sinh	Chữ Đầu của Tên Lót	Họ	Ngày sinh
Để nhận bất cứ và tất cả dịch vụ y tế hiện có và được xem là cần thiết bởi ban nhân viên của Trung Tâm Y Tế và cơ quan cung cấp cộng sự của Trung Tâm. Các dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn đến, cố vấn sức khỏe tâm thần, khám y khoa định kỳ, y khoa thiên nhiên, khám sức khỏe về thể thao, chăm sóc sức khỏe thanh thiếu niên, thẩm định và điều trị bệnh cấp tính và thương tích, chủng ngừa, khám nghiên cứu máu, chụp hình và chụp X quang và khám răng. Sự ứng thuận đặc biệt cấp cho việc chăm sóc trong trường hợp học sinh có tên trên đây trình diện để được điều trị khi tôi vắng mặt. Sự ứng thuận cũng đặc biệt cấp cho việc giới thiệu chăm sóc và nếu cần, vận chuyển khi cấp cứu, đến bác sĩ khác, bệnh viện, y viện, hoặc các cơ quan y tế khi được Trung Tâm Y Tế và ban nhân viên của Trung Tâm xem là cần thiết. Việc cho phép này không cho phép các dịch vụ được cấp mà không có sự ứng thuận của học sinh này, trừ phi học sinh này không có khả năng ứng thuận.			

Với đơn cho phép của quý vị, đứa con vị thành niên của quý vị cũng có thể tự mình nhận các dịch vụ y khoa tại một trong những y viện của Neighborcare Health. Tôi cho phép đứa con vị thành niên của tôi được tự nhận các dịch vụ y khoa tại một hoặc các y viện y khoa Neighborcare Health.

**High Point Medical Clinic - 461-6966      45<sup>th</sup> Street Medical Clinic – 663-3350      Rainier Park Medical Clinic – 461-6957**  
**Rainier Beach Medical Clinic – 722-8444      Greenwood Medical Clinic – 782-8660**

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ \_\_\_\_\_

Khi cấp sự ứng thuận để chăm sóc, tất cả thông tin đều được giữ kín, ngoại trừ trong các hoàn cảnh sau đây:

- Học sinh cho phép qua bản cho phép tiết lộ thông tin đã được ký tên
- Học sinh này cho thấy có sự nguy hiểm trước mắt cho bản thân hoặc người khác
- Học sinh này có vấn đề sức khỏe nguy hiểm đến tính mạng và dưới 18 tuổi
- Có lý do để nghi ngờ là bị ngược đãi hoặc bị bỏ bê
- Bằng chứng bị bệnh để lây, cần phải báo cáo đến giới thẩm quyền y tế công cộng

Sự ứng thuận được ban cho để chia sẻ thông tin cần thiết với tất cả những bác sĩ ở Trung Tâm Y Tế, bao gồm việc trao đổi thông tin giữa cố vấn sức khỏe tâm thần, chuyên viên điều dưỡng và y tá của trường, nhằm mục đích cung cấp sự chăm sóc tốt nhất cho học sinh có tên trên đây.

Tôi cũng công nhận rằng tôi đã nhận bản Thông Báo Cách Sử Dụng Thông Tin Tư Mật của Neighborcare Health và bản thông báo này miêu tả cách mà thông tin y tế của tôi có thể được sử dụng và tiết lộ và cách để tôi có thể tiếp cận đến thông tin của tôi.

Tôi hiểu rằng sự ứng thuận của học sinh cần phải có thể theo pháp luật để tiết lộ thông tin về các loại chẩn đoán và điều trị sau đây: thai nghén, bệnh hoa liễu (bao gồm thử nghiệm HIV/AIDS), và cai nghiện rượu/ma túy hoặc cố vấn sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng phụ huynh/người giám hộ sẽ được cho biết nếu ban nhân viên của Trung Tâm Y Tế tin rằng học sinh này gây nguy hiểm cho chính bản thân hoặc người khác.

Ứng thuận để nhận các dịch vụ được cho phép trong suốt thời gian học sinh này ghi danh học ở trường nào có Trung Tâm Y Tế. Quý vị có thể chọn rút sự ứng thuận này vào bất cứ lúc nào bằng cách viết thư đến Trung Tâm Y Tế đang phục vụ học sinh này. Nếu quý vị chọn không ghi danh đứa con vị thành niên của mình để được nhận các dịch vụ của Trung Tâm Y Tế, thì học sinh này vẫn sẽ có thể nhận được dịch vụ từ y tá của trường.

Chữ Ký Học Sinh: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ Ký Phụ Huynh/Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_