

مراكز الصحة في مدارس جيفرسون باريش
التحديث السنوي للتسجيل / الموافقة

مرحبًا بعودتك إلى المدرسة! يرجى إكمال هذا النموذج و إعادته لتحديث السجلات الطبية لطفلك و تجديد إذنك لمواصلة تلقي الخدمات في المركز الصحي في المدرسة .
يرجى استكمالها بالحبر الأزرق أو الأسود .

اسم الطالب : _____ تاريخ الميلاد : _____ العمر : _____ الصف : _____

العنوان : _____ المدينة / الولاية / الرقم البريدي : _____

البريد الإلكتروني للطالب : _____ هاتف الطالب : _____

رقم بطاقة الضمان الاجتماعي للطالب : _____

اسم ولي الأمر / الوصي : _____

رقم الهاتف (المحمول) : _____ (العمل) : _____ البريد الإلكتروني : _____

اسم ولي الأمر / الوصي : _____

رقم الهاتف (المحمول) : _____ (العمل) : _____ البريد الإلكتروني : _____

إسم من أجل الإتصال في حالات الطوارئ : _____ رقم الهاتف : _____

العيادة الطبية / الطبيب / مقدم الرعاية الصحية الأولية : _____

هل طرأت أي تغييرات على التغطية التأمينية لطفلك منذ العام الماضي ؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم ، من فضلك اذكر : _____

يرجى إرفاق نسخة من بطاقة التأمين الصحي (أمامي و خلفي)

هل يأخذ طفلك أي أدوية يومية ؟

لا نعم

إذا كان الجواب نعم ، اذكر اسم الدواء و الجرعة : _____

هل يعاني طفلك من أي حساسية معروفة ؟

لا نعم

من فضلك اذكر : _____

هل تم علاج طفلك من قبل طبيب في غرفة الطوارئ أو في مكتبه من مرض خطير أو إصابة أثناء العطلة الصيفية ؟

لا نعم

ضع قائمة بالتغييرات في التاريخ الطبي للعائلة في العام الماضي : _____

لقد قرأنا (الطالب والوالدين / الوصي) و فهمنا الخدمات التي يجب تقديمها في المركز الصحي بالمدرسة . قد يستمر هذا الطالب في تلقي الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية التابعة لمدارس جيفرسون باريش . لن يتأثر نموذج التسجيل / الموافقة الأصلي و سيظل ساري المفعول وفقاً لشروطه .

نحن نتفهم أنه SBHC قد يشارك في تبادل واحد أو أكثر للمعلومات الصحية (HIEs) ، حيث يجوز للمركز مشاركة معلوماتي الصحية مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية . نوافق بموجب هذا على الكشف عن SBHCs السجلات في HIEs .

نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية للمراكز الصحية في مدارس جيفرسون باريش متاحة عند الطلب في SBHC .

نحن ندرك أن مكتب الصحة العامة ("OPH") ، برنامج الصحة المدرسية للمراهقين يوفر الإشراف على SBHC ، و كجزء من هذا البرنامج ، SBHC مطلوب منه تقديم معلومات إلى OPH . لذلك ، فإننا نوافق أن SBHC على الكشف عن المعلومات إلى OPH أو وكيلها فيما يتعلق بالتشغيل و التمويل و المراقبة المستمرة للمراكز الصحية المدرسية . نحن ندرك أن المعلومات التي يحتاجها OPH قد يتم تجميعها من خلال HIE و الموافقة على الكشف عن المعلومات إلى HIE لهذا الغرض .

علاقة القرابة

كتابة إسم الوالدين / الوصي القانوني

التاريخ

توقيع الوالدين / الوصي القانوني

يجوز سحب هذه الموافقة أو تعديلها في أي وقت بطلب كتابي من الوالدين / الوصي و الطالب إلى الكيان المشار إليه أعلاه . سيتم إعطاء نسخة مكررة من هذا المستند إلى الوالدين أو الأوصياء عند الطلب .