

父母/法定監護人同意書

學校保健中心

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TECHNICLINIC
OAKLAND TECHNICAL
HIGH SCHOOL HEALTH CENTER
(510) 450-5421 | <input type="checkbox"/> TIGER CLINIC
FREMONT HIGH SCHOOL
HEALTH CENTER
(510) 879-2001 | <input type="checkbox"/> ROOSEVELT HEALTH CENTER
ROOSEVELT MIDDLE SCHOOL
(510) 535-2893 | <input type="checkbox"/> SAN LORENZO HIGH HEALTH CENTER
SAN LORENZO HIGH SCHOOL
(510) 317-3167 |
| <input type="checkbox"/> HAWTHORNE CLINIC
URBAN PROMISE ACADEMY AND
WORLD & ACHIEVE ACADEMIES
(510) 535-6440 | <input type="checkbox"/> HAVENSCOURT HEALTH CENTER
ROOTS, COLISEUM COLLEGE PREP ACADEMY
(510) 639-1981 | <input type="checkbox"/> YOUTH HEART HEALTH CENTER
LA ESCUELITA EDUCATION COMPLEX
(510) 879-1568 | <input type="checkbox"/> FUENTE WELLNESS CENTER
REACH ASHLAND YOUTH CENTER
(510) 481-4556 (MEDICAL)
(510) 481-4554 (DENTAL) |

青少年姓名：_____ 學校：_____ 出生日期：_____

父母/法定監護人姓名：_____

地址：_____

家中電話：_____ 工作電話：_____ 手機號碼：_____

性別： 男性 女性 其他 社會安全號碼(如適用)：_____

族裔：_____ 語言：_____

保險類型： 無 Medi-Cal Alameda Alliance Blue Cross Kaiser Health PAC 其他私人醫療保險：_____

保健提供者：_____ 電話號碼：_____ 目前沒有保健提供者

我/我們已閱讀並瞭解學校保健中心所提供的下述服務。我/我們瞭解我/我們在此簽名授權的服務僅限於例行的保健服務和治療，其中包括但不僅限於：

- 1) 輕微和急性疾病的診斷/治療；輕傷的急救
- 2) 慢性（持續）疾病的輔助
- 3) 為檢查健康狀況、參加體育活動或為通過職前身體檢查所進行的體檢
- 4) 免疫接種
- 5) 化驗服務
- 6) 包括眼睛檢查與處方眼鏡在內的視力服務 —— **僅限於參與的保健中心**
- 7) 非處方藥和基本處方藥
- 8) 精神健康/行為健康諮詢
- 9) 教育有關：營養；吸毒和酗酒的預防；預防暴力；心理健康；性病及避孕

- 10) **牙科篩檢與治療 —— 僅限於參與的保健中心**
在全校性的牙科篩檢中，一名持照的牙科專業人員將會檢查您孩子的牙齒，並確定您孩子是否需要接受牙科治療。該牙科篩檢不包括X光檢查，而且不能代替正規的牙科檢查。如果檢查中發現問題，您需要與您的牙醫預約後續診療；或是學校保健中心的工作人員可以幫助您進行現場預約。

我希望孩子參加全校的牙科篩檢： 是 否

我希望孩子在學校保健中心接受牙科服務： 是 否

11) 轉診保健中心無法提供的健康服務

12) 其他服務，包括健身訓練、團體運動課程及社會服務（包括法律協助）的轉介

請注意：根據加州法律（加州家庭法規 6924-6929），無論取得或未取得父母同意，均可為**12歲**及以上青少年提供特定服務。這些服務包括：性病的診斷和治療、愛滋病毒諮詢和檢測、避孕諮詢和檢測、避孕用品、產前護理轉診，以及法律規定的心理健康諮詢。

請列出**您不願意**您的孩子/被監護人在學校保健中心接受的服務：

我/我們瞭解本同意書僅授權學校保健中心而非其他私人或公共健康機構提供的服務。我/我們在此授權一名醫生和學校保健中心的其他工作人員為我的女兒/兒子/被監護人提供必要（及）或適當的治療。該學生經我/我們的許可接受學校保健中心提供的所有服務（上面明確列出的服務除外）。保健中心可能會要求學生申請**Medi-Cal**。在某些情況下，家庭收入可能是確定是否符合資格的因素或可能取決於學生所需的醫療或心理健康服務的類型。

醫療記錄必須保密，然而，我/我們承認：治療我孩子狀況而需的服務可能需要其他機構或服務提供者的合作。我/我們理解：此種合作可能需要將有關我孩子的資訊透露給一個或多個服務提供者，以便協調為我孩子提供的服務。我/我們承認：學校保健中心可能需要向第三方付款人（例如**Medi-Cal**）透露與治療相關的資訊以便收取費用。而且，根據認可的醫療實踐或法律，任何原因都可能導致醫療記錄洩露，包括但不僅限於以下原因：（1）如果學生表露自殘的意向；（2）學生表明可能傷害其他人；以及（3）學生聲稱有人對其進行身體、性或情感上的虐待。

參加全縣的學校保健中心評估

為了改進我們的服務，我們在參加一個基於學校的健康中心的全郡性評估。

評估由加州大學三藩市分校（UCSF）進行。作為此評估的部分，我們收集使用我們的服務的客戶的資訊，並將該資訊與UCSF保密共用。UCSF將從不在任何評估報告中分享您的姓名或您的子女/受監護人的姓名或其他個人身份資訊。

在下方簽名，即表示您同意以下事項：

本人（即於下方簽名的父母/法定監護人）向學區提供授權，讓其得以授予本人孩子學校的駐校保健提供者**La Clínica de La Raza**審核我女兒/兒子/被監護人之學生記錄的權利。**La Clínica de La Raza**同意在未獲得我書面同意的前提下，不得向任何其他人或實體透露該學生記錄。

我理解為了醫療評估和治療，**La Clínica de La Raza**可能會與我孩子的保健提供者分享我孩子的資訊。除非該學生的註冊終止或是我/我們書面取消該合約，本同意書將持續有效。

（簽名）父母/法定監護人姓名

日期

正楷姓名

若有任何問題，請撥打本同意書正面所列的電話號碼。