

**ក្រដាសបំពេញសេចក្តីយល់ព្រម  
ពីមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលពេញច្បាប់**

**មណ្ឌលសុខភាពតាមសាលា**

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

ឈ្មោះយុវវ័យ : \_\_\_\_\_ សាលា : \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលពេញច្បាប់ : \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន : \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទផ្ទះ : \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទធ្វើការ : \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទដៃ : \_\_\_\_\_

ភេទ :  ប្រុស  ស្រី  ផ្សេងទៀត លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី (បើមាន) : \_\_\_\_\_

ជាតិពន្ធុ : \_\_\_\_\_ ភាសា : \_\_\_\_\_

ប្រភេទការបំបែង :  គ្មាន  Medi-Cal  Alameda Alliance  Blue Cross  Kaiser  Health PAC  ឯកជនផ្សេងទៀត : \_\_\_\_\_

អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព : \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទ : \_\_\_\_\_  បច្ចុប្បន្នគ្មានអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពទេ

យើងខ្ញុំបានអាន និងបានយល់អំពីសេវា (ការបំបែង) ដែលបានផ្តល់ជូននៅឯ School Health Center (មណ្ឌលសុខភាពសាលា) ដូចបានរៀបរាប់នៅខាងក្រោម។ យើងខ្ញុំយល់ថា សេវាដែលបានអនុញ្ញាតដោយហត្ថលេខារបស់យើងខ្ញុំ នៅលើក្រដាសបំពេញនេះ គឺមានកំរិតចំពោះការថែទាំសុខភាពជាប្រក្រតី និងការព្យាបាល ដែលអាចនឹងរួមមានប៉ុន្តែមិនកំរិតចំពោះទៅលើ :

- 1) ភោជនវិទ្យា/ការព្យាបាលនូវជំងឺបន្ទាប់បន្សំ/ផុសដាប; ជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់នូវរបួសបន្ទាប់បន្សំ
- 2) ជំនួយជាមួយនឹងជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ជាតិពន្ធុ)
- 3) ការពិនិត្យរូបកាយ សំរាប់ជាសុភុម្មភាពសុខភាពទូទៅ កីឡា ឬការបញ្ជាក់ជាជ្រះស្រឡះបទល្មើសសំរាប់មុនចូលធ្វើការងារ
- 4) ការចាក់ថ្នាំការពាររោគ
- 5) សេវានៃការពិសោធន៍រោគ
- 6) សេវាចក្តុវិស័យ ដែលរួមមានទាំងការពិនិត្យផ្នែក និងវេជ្ជបញ្ជាទិញវេជ្ជសាស្ត្រ - នៅទីកន្លែងដែលរួមសហការប៉ុណ្ណោះ
- 7) ថ្នាំទិញតាមផ្ទះ និងថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាធម្មតា
- 8) ការប្រឹក្សាសុខភាពអារម្មណ៍/ឥរិយាបថសុខភាព
- 9) កង្វល់ការអប់រំ : អាហារមានជីវជាតិ; ការពារការរំលោភគ្រឿងញៀន និងសុវា; ការពារអំពើហិង្សា; សុខភាពអារម្មណ៍; កាមរោគ និងការពារកុំឲ្យមានផ្ទៃពោះ

10) ការត្រួតពិនិត្យធ្មេញ និងការព្យាបាល - **នៅទីកន្លែងដែលរួមសហការប៉ុណ្ណោះ**

នៅពេលការត្រួតពិនិត្យធ្មេញទូទាំងសាលា អ្នកវិជ្ជាជីវៈខាងធ្មេញមានវិញ្ញាបនបត្រ នឹងពិនិត្យមើលធ្មេញនៃកូនរបស់អ្នក និងធ្វើការអនុម័ត បើសិនគេត្រូវការនូវការថែទាំធ្មេញ។ ការត្រួតពិនិត្យនេះមិនរាប់បញ្ចូលការថតអិក្ស-ដ៏ ឡើយ ហើយក៏មិនជំនួសការពិនិត្យធ្មេញក្នុងការិយាល័យពេទ្យធ្មេញដែរ។ បើបានរកឃើញបញ្ហា អ្នកនឹងត្រូវណាត់ពេលជួបជាបន្តបន្ទាប់ ជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក; ឬបុគ្គលិកនៅមណ្ឌលសុខភាពសាលា អាចនឹងជួយអ្នកឲ្យណាត់ពេលជួបថែទាំធ្មេញ នៅទីកន្លែង។

- ខ្ញុំចង់ឲ្យកូនរបស់ខ្ញុំ ចូលរួមក្នុងការត្រួតពិនិត្យធ្មេញ ទូទាំងសាលា :  បាទ/ចាស  ទេ
- ខ្ញុំចង់ឲ្យកូនរបស់ខ្ញុំ ទទួលសេវាថែទាំធ្មេញ នៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលា :  បាទ/ចាស  ទេ

- 11) ការបញ្ជូនសំរាប់សេវាសុខភាព មិនអាចផ្តល់ឲ្យនៅជួមផ្ទំនេះបានឡើយ
- 12) សេវាផ្សេងៗទៀត រួមទាំងការហ្វឹកហ្វឺនកាយសម្បទា ថ្នាក់រៀនហាត់ប្រាណជាក្រុម និងការបញ្ជូនទៅផ្នែកសង្គមកិច្ច រួមទាំងជំនួយខាងច្បាប់

**សូមកត់សំគាល់ :** ច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (ច្បាប់គ្រួសារកាលីហ្វ័រនីញ៉ា 6924-6929) អនុញ្ញាតសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់នូវសេវាខ្លះ ទៅឲ្យគុណវ័យអាយុ 12 ឆ្នាំ និងចាស់ជាង ដោយមាន ឬគ្មាន សេចក្តីយល់ព្រមពីមាតាបិតា។ សេវាទាំងនេះរួមមាននូវ : ការវិនិច្ឆ័យភាគ និងការព្យាបាលកាមរោគ, ការប្រឹក្សា និងការធ្វើតេស្តរោគ HIV, ការប្រឹក្សា និងការធ្វើតេស្តឥរិយាបថ, ការបង្ការកុំឲ្យមានផ្ទៃពោះ, ការបញ្ជូនសំរាប់ការថែទាំមុនពេលឆ្លងទន្លេ, ការប្រឹក្សាសុខភាពអារម្មណ៍ ក្នុងស្ថានភាពណាមួយជាប់លាប់ច្បាប់បានអនុញ្ញាត។

សូមកត់សំគាល់អ្វីមួយដែលបានផ្តល់ជូននៅឯមណ្ឌលសុខភាពសាលា ដែលអ្នកមិនចង់ឲ្យកូន/ជនក្រោមការឃុំគ្រងរបស់អ្នក ដើម្បីទទួល :

យើងខ្ញុំយល់ថាសេចក្តីយល់ព្រមនេះ គ្របដណ្តប់តែសេវាទាំងឡាយដែលបានផ្តល់ឲ្យនៅឯមណ្ឌលសុខភាពសាលាប៉ុណ្ណោះ និងមិននៅឯមន្ទីរសុខភាពឯកជន ឬសាធារណៈ ផ្សេងទៀតឡើយ។ តាមរយៈនេះ យើងខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកវិជ្ជាជីវៈផ្សេងៗទៀតនៅឯមណ្ឌលសុខភាពសាលា ផ្តល់ការថែទាំជាចាំបាច់ និង/ឬ ការព្យាបាលដែល អាចជំរាបបាន សំរាប់កូនប្រុស/កូនស្រី/ជនក្រោមការឃុំគ្រងរបស់ខ្ញុំ។ សិស្សនេះមានការអនុញ្ញាតពីយើងខ្ញុំ ដើម្បីទទួលសេវា ទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ជូននៅឯមណ្ឌលសុខ ភាពសាលា លើកលែងតែជាយើងខ្ញុំបានបដិសេធ ដោយជាក់លាក់នៅខាងលើ។ សិស្សអាចនឹងបានសូមឲ្យចុះ ឈ្មោះសំរាប់ Medi-Cal នៅឯមណ្ឌលសុខភាពសាលា។ នៅក្នុងករណីខ្លះ ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារអាចនឹងជាកត្តា ក្នុងការអនុម័តសិទ្ធិទទួល; សិទ្ធិទទួលអាច នឹងអាស្រ័យទៅលើប្រភេទនៃសុខភាព ឬសេវាសុខភាពអារម្មណ៍ ដែលបានប្រើដោយសិស្ស។

ឯកសារសុខភាពនឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាសំងាត់។ តែជាយ៉ាងណាមិញ យើងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាសេវាសំរាប់លក្ខណៈនៃកូនរបស់ខ្ញុំ អាចនឹងផ្សំនូវការសហការពីភ្នាក់ងារផ្សេង ទៀត ព្រមទាំងពីអ្នកផ្តល់សេវា។ យើងខ្ញុំយល់ថាការសហការនេះ អាចនឹងផ្សំឲ្យមានការបើកសំដែងព័ត៌មានអំពីកូនរបស់ខ្ញុំ ទៅឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាមួយ ឬជាច្រើន ដើម្បីសំរួល សំរួលការសហការ នូវសេវាសំរាប់កូនរបស់ខ្ញុំ។ យើងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាមណ្ឌលសុខភាពសាលា អាចនឹងបានផ្សំឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន ស្តីពីការព្យាបាល ទៅឲ្យអ្នកបង់ប្រាក់ជា ភាគីទីបី ដូចជា Medi-Cal សំរាប់គោលបំណងនៃការចេញវិក្កយបត្រ។ មិនតែប៉ុណ្ណោះសោត ឯកសារអាចនឹងបានបញ្ចេញ សំរាប់មូលហេតុអ្វីមួយ ដោយស្របតាមការ អនុវត្តនៃពេទ្យដោយគ្មានប័ណ្ណ និងអនុលោមតាមច្បាប់ ដោយមានរួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកំរិតចំពោះមូលហេតុដូចតទៅ : (1) បើសិស្សបញ្ចេញវាចានឹងធ្វើឲ្យខ្លួនគេឈឺចាប់; (2) បើ សិស្សបញ្ចេញវាចាអាចនឹងធ្វើឲ្យជនណាម្នាក់ឈឺចាប់; និង (3) បើសិស្សប្តឹងថាជនណាម្នាក់ធ្វើបាបគាត់ខាងរូបកាយ ផ្លូវភេទ ឬផ្លូវអារម្មណ៍។

**ការចូលរួមក្នុងការប្រមាណសុខភាពតាមសាលា ទូទាំងខោនធី នៃមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលា**

ដើម្បីកែលម្អសេវាកម្មរបស់យើង យើងនឹងចូលរួមទៅក្នុងការវាយតម្លៃទូទាំងខោនធីរបស់មណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមសាលារៀន។

ការវាយតម្លៃនេះកំពុងត្រូវបានធ្វើឡើងដោយសាកលវិទ្យា CA, San Francisco (UCSF)។ ជាផ្នែកមួយនៃការវាយតម្លៃនេះ យើងប្រមូលព័ត៌មានអំពីអតិថិជនដែលប្រើប្រាស់សេវាកម្មរបស់យើង និងចែករំលែក ព័ត៌មាននេះជាការសម្ងាត់ជាមួយ UCSF។ UCSF និងមិនចែករំលែកឈ្មោះរបស់អ្នក ឬឈ្មោះកូនរបស់អ្នក/ ឈ្មោះរបស់បាណិក ឬព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនផ្សេងទៀតទៅក្នុងរបាយការណ៍វាយតម្លៃ ណាមួយឡើយ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម អ្នកយល់ព្រមចំពោះការនៅខាងក្រោម :

ខ្ញុំជាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលពេញច្បាប់ អនុញ្ញាតឲ្យ School District (សាលាមណ្ឌល) ព្រមឲ្យ La Clínica de La Raza ជាអ្នកផ្តល់ការព្យាបាលនៅនឹងកន្លែង និង ការអនុញ្ញាត ដើម្បីមើលឡើងវិញ នូវឯកសាររបស់សិស្ស ដែលជាប្រុស/កូនស្រី/ជនក្រោមការ ឃុំគ្រងរបស់ខ្ញុំ។ La Clínica de La Raza យល់ព្រមមិនបើក សំដែងឯកសាររបស់សិស្ស ទៅឲ្យមនុស្សផ្សេងទៀត ឬអង្គការណាមួយ ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយ លក្ខណ៍អក្សរពីខ្ញុំ ជាមុនសិនឡើយ។

ខ្ញុំយល់ថា La Clínica de La Raza អាចនឹងចែកចាយព័ត៌មាននៃកូនរបស់ខ្ញុំ ជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់ការព្យាបាលនៃកូនរបស់ខ្ញុំ សំរាប់គោលបំណងនៃការប្រមាណមើល និងការ ព្យាបាលសុខភាព។ ក្រដាសបំពេញនេះនឹងនៅតែមានប្រសិទ្ធិភាព រហូតទាល់តែដល់ពេលបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរៀនរបស់សិស្ស ឬដល់តែយើងខ្ញុំសរសេរសំបុត្រសុំដកហូតកិច្ចព្រម ព្រៀងនេះវិញ។

(ហត្ថលេខា) មាតាបិតា/អាណាព្យាបាលពេញច្បាប់ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

ឈ្មោះ សរសេរជាអក្សរពុម្ព

**បើសិនអ្នកមានសំណួរអ្វី សូមទូរស័ព្ទទៅលេខដែលមានកត់នៅខាងមុខនៃក្រដាសបំពេញនេះ។**