

**MẪU ỨNG THUẬN CỦA CHA MẸ/
NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP**

CÁC TRUNG TÂM SỨC KHỎE TẠI TRƯỜNG

<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)

Tên Thanh Thiếu Niên: _____ Trường: _____ Ngày Sinh: _____

Tên Cha (Mẹ)/Người Giám Hộ Hợp Pháp: _____

Địa Chỉ: _____

Điện Thoại Nhà: _____ Điện Thoại Sờ: _____ Điện Thoại Di Động: _____

Phái Tính: Nam Nữ Phái Khác Số An Sinh Xã Hội (nếu có): _____

Gốc chủng tộc: _____ Ngôn Ngữ: _____

Loại Bảo Hiểm: Không Có Medi-Cal Alameda Alliance Blue Cross Kaiser Health PAC Bảo Hiểm Tư Khác: _____

Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe: _____ Số Điện Thoại _____ Hiện không có Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe

Tôi/Chúng tôi đã đọc và hiểu các dịch vụ được cung cấp tại Trung Tâm Sức Khỏe Tại Trường như được nêu bên dưới. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng các dịch vụ được tôi/chúng tôi ký cho phép trong mẫu này chỉ giới hạn vào các dịch vụ sức khỏe và điều trị thông lệ mà có thể gồm, nhưng không phải chỉ có:

- 1) Chẩn đoán/điều trị các bệnh nhẹ và cấp tính; cứu thương các loại thương tích nhẹ
- 2) Trợ giúp về các bệnh kinh niên (liên tục)
- 3) Khám sức khỏe tổng quát, để chơi thể thao, hoặc trước khi được tuyển dụng
- 4) Chủng ngừa
- 5) Các dịch vụ của phòng thí nghiệm
- 6) Các dịch vụ về thị lực gồm cả khám mắt và kính thuốc đeo mắt – CHỈ CÓ TẠI CÁC ĐỊA ĐIỂM CÓ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH
- 7) Thuốc mua tự do và các loại thuốc cơ bản theo toa
- 8) Cố Vấn về Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi
- 9) Giáo dục về: dinh dưỡng; phòng ngừa lạm dụng thuốc và rượu; phòng ngừa bạo hành; sức khỏe tâm thần; bệnh phong tình và ngừa thai

10) Khám nha khoa dò tìm và điều trị – CHỈ CÓ TẠI CÁC ĐỊA ĐIỂM CÓ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH

Trong những kỳ khám nha khoa toàn trường, một chuyên viên nha khoa có giấy phép hành nghề sẽ khám răng con quý vị và quyết định xem có cần chăm sóc nha khoa hay không. Kỳ khám dò tìm này không gồm chụp quang tuyến x và không thay thế kỳ khám nha khoa tại phòng mạch. Nếu phát hiện vấn đề, quý vị sẽ cần xin hẹn khám tiếp theo với nha sĩ của quý vị; hoặc nhân viên Trung Tâm Sức Khỏe Tại Trường có thể trợ giúp quý vị xin hẹn nha khoa tại chỗ.

- Tôi muốn con tôi tham gia chương trình khám dò tìm nha khoa toàn trường: Có Không
- Tôi muốn con tôi tiếp nhận các dịch vụ nha khoa tại Trung Tâm Sức Khỏe Tại Trường: Có Không

11) Giới thiệu đến các dịch vụ sức khỏe không thể cung cấp tại phòng sức khỏe này

12) Các dịch vụ khác, gồm cả huấn luyện thể dục, những lớp thể dục tập thể và giới thiệu đến các dịch vụ xã hội kể cả trợ giúp pháp lý

Tiếp theo trang 2

Xin lưu ý: Luật Tiểu Bang California (Bộ Luật Gia Đình California 6924-6929) cho phép cung cấp một số dịch vụ cho thiếu niên từ 12 tuổi trở lên, dù có được cha mẹ ưng thuận hay không. Các dịch vụ này gồm: chẩn đoán và điều trị các bệnh phong tình; cố vấn và thử nghiệm HIV, cố vấn và thử thai, ngừa thai, giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc tiền sản, và cố vấn về sức khỏe tâm thần trong các tình huống luật định.

Xin liệt kê bất cứ dịch vụ nào được cung cấp tại Trung Tâm Sức Khỏe Tại Trường mà quý vị **không muốn** con/trẻ thuộc trách nhiệm của quý vị tiếp nhận:

Tôi/Chúng tôi hiểu rằng quyết định ưng thuận này chỉ là cho các dịch vụ được cung cấp tại Trung Tâm Sức Khỏe Tại Trường chứ không tại cơ sở sức khỏe tư hoặc công nào khác. Tôi/Chúng tôi theo đây cho phép bác sĩ và chuyên viên khác tại Trung Tâm Sức Khỏe cung cấp dịch vụ điều trị cần thiết và/hoặc nên làm cho con gái/con trai/trẻ thuộc trách nhiệm của tôi. Học sinh này được tôi/chúng tôi cho phép tiếp nhận tất cả các dịch vụ cung cấp tại Trung Tâm Sức Khỏe Tại Trường, trừ các dịch vụ tôi/chúng tôi đã loại trừ rõ rệt ở trên. Học sinh có thể được yêu cầu ghi danh vào Medi-Cal tại Trung Tâm Sức Khỏe. Trong một số trường hợp, lợi tức gia đình có thể là một yếu tố để quyết định tư cách hội đủ điều kiện; tư cách hội đủ điều kiện có thể tùy thuộc vào loại dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần được học sinh sử dụng.

Hồ sơ y khoa sẽ được giữ kín. Tuy nhiên, tôi/chúng tôi nhìn nhận rằng các dịch vụ cho tình trạng của con tôi có thể cần được các cơ quan và nơi cung cấp dịch vụ khác hợp tác. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng việc hợp tác này có thể đòi hỏi phải tiết lộ chi tiết về con tôi cho một hoặc nhiều nơi cung cấp dịch vụ để phối hợp các dịch vụ cho con tôi. Tôi/Chúng tôi nhìn nhận rằng Trung Tâm Sức Khỏe Tại Trường có thể phải tiết lộ chi tiết về việc điều trị cho những nguồn trả tiền thuộc thành phần thứ ba, chẳng hạn như Medi-Cal, để lập hóa đơn. Ngoài ra, hồ sơ cũng có thể được tiết lộ vì bất cứ lý do nào theo đúng cách hành nghề y khoa được chấp nhận và theo luật định, gồm cả, nhưng không phải chỉ gồm các lý do sau: (1) Nếu có học sinh nào bày tỏ ý định tự hại bản thân; (2) Nếu có học sinh nào cho biết có thể gây tổn thương cho người khác, và, (3) Nếu có học sinh nào nói rằng có người khác hành hạ em về thể xác, tình dục, hoặc tinh thần.

THAM GIA CUỘC ĐÁNH GIÁ CÁC TRUNG TÂM SỨC KHỎE TẠI TRƯỜNG TRÊN TOÀN QUẬN

Để cải thiện các dịch vụ của mình, chúng tôi đang tham gia vào một bài đánh giá trên Toàn Quận về các Trung Tâm Y Tế Trường Học. Bài đánh giá đang được Đại Học California, San Francisco (UCSF) tiến hành. Là một phần của bài đánh giá này, chúng tôi sẽ thu thập thông tin về những khách hàng sử dụng dịch vụ của chúng tôi và chia sẻ thông tin này một cách bí mật với UCSF. UCSF sẽ không bao giờ chia sẻ tên của quý vị hoặc con quý vị/tên khu của quý vị hoặc thông tin định danh cá nhân khác trong bất kỳ báo cáo đánh giá nào.

Khi ký tên dưới đây là quý vị đồng ý về những việc sau:

Tôi, tên cha (mẹ)/người giám hộ hợp pháp dưới đây, cho phép Địa Hạt Học Đường cho phép La Clínica de La Raza, nguồn phục vụ tại chỗ ở trường con tôi. La Clínica de La Raza đồng ý không tiết lộ hồ sơ của học sinh này cho bất cứ người hoặc thực thể nào khác nếu không có trước giấy phép của tôi.

Tôi hiểu là La Clínica de La Raza có thể tiết lộ chi tiết về con tôi cho chuyên viên chăm sóc của con tôi để đánh giá và điều trị y khoa. Mẫu ưng thuận này sẽ có hiệu lực cho đến khi học sinh chấm dứt ghi danh, hoặc cho đến khi tôi/chúng tôi lập văn bản thu hồi hợp đồng này.

(Chữ Ký) Cha (Mẹ)/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Ngày

Tên Kiểu Chữ In

Xin gọi số điện thoại liệt kê ở mặt trước mẫu này nếu quý vị có bất cứ thắc mắc gì.