

نموذج موافقة الوالد/الوصي القانوني

المراكز الصحية للمدارس

<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)

اسم الشاب/الشابة: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسم (أسماء) الوالد/الوصي القانوني: _____

العنوان: _____

هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ جوال: _____

النوع ذكر أنثى غير ذلك

رقم الضمان الاجتماعي (إن وجد): _____

العرق: _____ اللغة: _____

نوع التأمين: لا يوجد ميدي-كال "Medi-Cal" ألاميدا أليانانس "Alameda Alliance" بلو كروس "Blue Cross" كايسر "Kaiser" برنامج Health PAC

خاص آخر: _____

مزود الرعاية الصحية: _____ رقم الهاتف: _____ لا يوجد مزود رعاية طبية حالياً

لقد اطلعت/اطلعتنا على الخدمات المقدمة في School Health Center كما هو موضح أدنا وأنا/نحن على وعي بها. وأنا أدرك/نحن ندرك بأن الخدمات المخولة بموجب توقيعي/توقيعنا على هذا النموذج تقتصر على الخدمات والمعالجة الصحية الروتينية والتي قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر:

- 1) تشخيص الأمراض البسيطة والحادة ومعالجتها؛ وتقديم المساعدات الأولية للإصابات الثانوية
- 2) تقديم المساعدة بشأن الأمراض المزمنة (المستمرة)
- 3) الفحوصات البدنية بغرض الاطمئنان على الصحة أو لممارسة الرياضات أو للتأكد من الخلو من الأمراض قبل التوظيف.
- 4) التطعيمات
- 5) الخدمات المختبرية
- 6) الخدمات الخاصة بالرؤية والتي تشمل فحص العينين والنظارات الطبية التي تُصرف بوصفة طبية
- 7) الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية والأدوية التي تُصرف بوصفة طبية
- 8) الاستشارة الصحية العقلية/السلوكية
- 9) ما يتعلق بالتعليم: التغذية؛ والوقاية من سوء استخدام العقاقير والكحوليات؛ ومنع العنف؛ والصحة العقلية؛ ومنع الحمل والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً

(10) فحوصات الأسنان ومعالجتها – في المواقع المشاركة فقط

خلال فحوصات الأسنان على مستوى المدارس، سوف يقوم أخصائي الفم المرخص بفحص أسنان طفلك وتحديد ما إذا كانت بحاجة إلى الرعاية. هذا الفحص لا يشمل فحوصات الأشعة السينية وليس بدلاً عن فحص الأسنان لدى مزود الرعاية. في حال اكتشاف مشكلة ما، سكون عليك حجز موعد مع كزود الرعاية الخاص بك؛ أو قد يستطيع موظفو المركز الصحي للمدرسة مساعدتك بحجز موعد بذات المركز.

- أريد إخضاع طفلي لفحوصات الأسنان التي تتم على مستوى المدرسة: نعم لا
- أريد أن يحصل طفلي على الخدمات الخاصة بعلاج الأسنان في المركز الصحي بالمدرسة: نعم لا

(11) الإحالات الخاصة بالخدمات الصحية التي لا يمكن توفيرها في هذه العيادة

(12) الخدمات الأخرى، بما في ذلك تدريب اللياقة وحصص التدريب الجماعي والإحالات إلى إدارة الخدمات الاجتماعية بما في ذلك إدارة المساعدة القانونية

يُرجى ملاحظة ما يلي: يسمح قانون ولاية كاليفورنيا (قانون الأسرة لولاية كاليفورنيا 6929-6924) بتقديم خدمات محدد للمراهقين، 12 عام فأكثر، عند الحصول على موافقة الوالد أو عند عدم الحصول عليها. وهذه الخدمات تشمل: تشخيص حالات العدوى المنقولة جنسياً ومعالجتها والاستشارة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية وفحوصاته ووسائل منع الحمل والإحالات للحصول على الرعاية الأبوية واستشارات الصحة العقلية في الحالات التي ينص عليها القانون.
يُرجى ذكر أية خدمات يتم تقديمها في المركز الصحي بالمدرسة والتي **لا تريد** أن يحصل طفلك/ابنك القاصر عليها.

أنا أدرك/نحن ندرك أن هذه الموافقة تشمل فقط تلك الخدمات التي يتم تقديمها في المركز الصحي للمدرسة وليس أي مرفق صحي عام أو خاص آخر. وأنا أخول/نحن نخول بموجب ذلك الطبيب وموظفي المركز الصحي المختصين بتوفير المعالجة اللازمة و/أو الموصى بها لابنتي/ابني/طفلي القاصر. وقد حصل هذا الطفل على إذنني/إذنتنا لتلقي الخدمة المقدمة في المركز الصحي للمدرسة، وذلك فيما عدا الخدمات التي قمت/قمنا باستثنائها على وجه التحديد.
قد يُطلب من الطلاب التسجيل في برنامج ميدي-كال (Medi-Cal) في المركز الصحي. في بعض الحالات، قد يكون دخل الأسرة عامل مطبق بشأن تحديد الأهلية؛ وقد تستند الأهلية إلى نوع الخدمة الطبية أو خدمة الصحة العقلية التي يستخدمها الطالب.

سوف يتم حفظ السجلات الطبية بشكل سري. ومع ذلك، فأنا أقر/نحن نقر بأن الخدمات المقدمة بشأن حالة طفلي قد تتطلب تعاون أجهزة أخرى ومزودي خدمات آخرين. وأنا أدرك/نحن ندرك أن هذا التعاون قد يتطلب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بطفلي إلى واحد أو أكثر من مزودي الخدمات لتيسير تنسيق تقديم الخدمات إلى طفلي. وأنا أقر/نحن نقر بأن المركز الصحي للمدرسة قد يُطلب منه الإفصاح عن معلومات بشأن المعالجة المقدمة لطفلي إلى مزودي التأمين، مثل برنامج ميدي-كال (Medi-cal)، لأغراض إعداد الفواتير. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم الإفصاح عن المعلومات لأي سبب وفقاً للممارسات الطبية المقبولة بموجب القانون، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، للأسباب التالية: (1) في حال إفصاح الطالب/الطالبة عن نيته/نيبتها في إيذاء نفسه/نفسها؛ و(2) في حال إفصاح الطالب/الطالبة عن نيته/نيبتها في إيذاء شخص آخر؛ و(3) في حال ادعاء الطالب/الطالبة أن هناك شخص ما يتسبب في مضايقته/مضايقتها بدنياً أو جنسياً أو عاطفياً.

المشاركة في تقييم المراكز الصحية للمدارس على مستوى المقاطعة

حتى يتسنى لنا تحسين خدماتنا، نحن نشارك في تقييم المراكز الصحية المدرسية على مستوى المقاطعة. يتم إجراء هذا التقييم من قبل جامعة كاليفورنيا في سان فرانسيسكو (UCSF). وكجزء من هذا التقييم، فإننا نجمع معلومات عن العملاء الذين يستخدمون خدماتنا ونشارك هذه المعلومات بسرية مع جامعة كاليفورنيا في سان فرانسيسكو (UCSF). ولن نشارك جامعة كاليفورنيا في سان فرانسيسكو (UCSF) اسمك أو اسم طفلك/الشخص الذي تحت وصياتك أو معلومات التعريف الشخصية الأخرى في أي تقارير تقييم.

بالتوقيع أدناه، أنت بذلك توافق على ما يلي:

أنا، الوالد/الوصي القانوني الموقع أدناه، أخول إدارة المدارس منح La Clinica de La Raza، مزود الرعاية الصحية بالموقع التابع لمدرسة طفلي، التصريح بمراجعة سجلات الطالب الخاصة بابنتي/ابني/ابني القاصر. وتوافق La Clinica de La Raza على عدم الإفصاح عن سجلات الطالب إلى أي شخص أو كيان آخر دون الحصول على موافقتي الخطية المسبقة.

وأنا أدرك أن La Clinica de La Raza قد تشارك معلومات طفلي مع مزود الرعاية الصحية لطفلي لأغراض التقييم الطبي والمعالجة. سيظل هذا النموذج سارٍ وفعال حتى انتهاء قيد الطفل، أو حتى أقوم أنا/نحن بفسخ هذا العقد خطياً.

التاريخ

(التوقيع) الوالد/الوصي القانوني

الاسم المطبوع

يُرجى الاتصال على رقم الهاتف الوارد في الصفحة الأولى من هذا النموذج إذا كانت لديكم أية أسئلة.