

برنامج الصحة المدرسية التابع لإدارة التعليم لمدينة نيويورك
استمارة الموافقة الأبوية للمدرسة (للصفوف من 9 إلى 12)

(School(s) Covered)

(HCSP)

(HCSP Address)

Office Use Only (فقط للاستخدام الرسمي فقط)

بيانات التلميذ		بيانات الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	
الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____		الاسم الأخير: _____	
الاسم الأول للتلميذ(ة): _____		الاسم الأول: _____	
تاريخ الميلاد: _____		الاسم الأول: _____	
رقم الضمان الاجتماعي للتلميذ(ة): _____		الاسم الأخير: _____	
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		الاسم الأخير: _____	
الخلفية الإثنية: <input type="checkbox"/> من أصل إسباني <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض		علاقة الوصي القانوني بالتلميذ(ة)	
<input type="checkbox"/> أمريكي من الهنود الحمر		<input type="checkbox"/> جد(ة) <input type="checkbox"/> عم(ة) خال(ة) <input type="checkbox"/> غير ذلك:	
<input type="checkbox"/> آسيوي/ من سكان جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> غير ذلك		عنوان التلميذ(ة): _____	
عنوان التلميذ(ة): _____		معلومات الاتصال الخاصة بالوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر	
_____		هاتف المنزل: _____	
_____		هاتف العمل: _____	
_____		رقم الهاتف المحمول/ جهاز الاستدعاء: _____	
_____		معلومات اتصال إضافية في حالات الطوارئ	
_____		الاسم: _____	
_____		العلاقة بالتلميذ(ة): _____	
_____		هاتف المنزل: _____	
_____		هاتف العمل: _____	
_____		رقم الهاتف المحمول/ جهاز الاستدعاء: _____	
_____		بيانات التأمين الصحي	
هل يتمتع طفلكم بتغطية الميديكيد (Medicaid)?		هل يتمتع طفلكم بأية تغطيات تأمين صحي أخرى?	
لا <input type="checkbox"/> نعم: رقم بطاقة الميديكيد (Medicaid) _____		لا <input type="checkbox"/> نعم: الاسم: _____	
رقم التغطية التأمينية: _____		رقم التغطية التأمينية: _____	
هل يتمتع طفلكم بتغطية (Child Health Plus) (CHP)?		إذا كان طفلكم لا يتمتع بأية تغطيات للتأمين الصحي، هل ترغبون في أن يقوم بالاتصال بكم مندوبو المؤسسات الاجتماعية أو مندوبو خطة التأمين الصحي لمحدودي الدخل المعتمدة من ولاية نيويورك?	
لا <input type="checkbox"/> نعم: الرقم التأميني (CHP) _____		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما هو اسم الخطة التأمينية?		<input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> NYP Community Health Plan <input type="checkbox"/> Neighborhood <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> Health Plus	
_____		غير ذلك: <input type="checkbox"/>	
إقرار بموافقة الآباء على تلقي الطفل لخدمات المركز الصحي المدرسي			
لقد قرأت وفهمت الخدمات المدرجة بالصفحة التالية (خدمات المركز الصحي المدرسي)، وأن توقيعي يؤكد موافقتي على أن يتلقى طفلي الخدمات المقدمة من (HCSP) مركز الصحة المدرسي.			
ملحوظة: موافقة الآباء غير مطلوبة، حسب نص القانون، لإجراء الفحوصات الإجبارية، وإجراء الإسعافات الأولية، والرعاية قبل الولادة، والخدمات المتعلقة بالسلوكيات الجنسية ومنع الحمل، وتقديم الخدمات في حالة تعرض صحة التلميذ(ة) للخطر. كما أن موافقة الآباء غير مطلوبة للتلاميذ البالغين من العمر 18 سنة أو أكثر، والذين هم آباء أو محررون قانوناً من السلطة الأبوية. إن توقيعي على هذا المستند يثبت أنني قد تسلمت إشعار الخصوصية (Notice of Privacy Practices).			
توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر، أو المسموح له قانوناً) _____			
التاريخ _____			
موافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون (HIPAA)			
أقر بأنني قد قرأت وفهمت ما يتعلق بالإفصاح عن المعلومات الصحية على الصفحة رقم 2 من هذه الاستمارة. وتوقيعي على هذا المستند يثبت موافقتي على الإفصاح عن المعلومات الصحية كما هو موضح بهذا الشأن.			
توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر، أو المسموح له قانوناً) _____			
التاريخ _____			

برنامج الصحة المدرسية التابع لإدارة التعليم لمدينة نيويورك
استمارة الموافقة الأبوية بالمدرسة

صفحة 2 من 2

(School(s) Covered)

(HCSP)

(HCSP Address)

خدمات المركز الصحي المدرسي

أقر بموافقتي على تلقي طفلي للخدمات الصحية المقدمة من قبل متخصصين صحيين مرخصين من الولاية، والتابعين (HCSP)

كجزء من البرنامج الصحي المعتمد من إدارة الصحة بولاية نيويورك. وأنا على علم بأنه سيتم ضمان الخصوصية بين التلميذ(ة) ومقدم الخدمة الصحية في نواحي معينة من الخدمات تماشياً مع القانون، وأنه سوف يتم تشجيع التلاميذ على إشراك آبائهم أو أولياء أمورهم في الاستشارات والقرارات المتعلقة بالرعاية الطبية. خدمات المركز الصحي المدرسي قد تتضمن، ولكن لا تقتصر على ما يلي:

1. الخدمات الصحية المدرسية الإلزامية، وتتضمن: الفحوصات التي تتعلق بالنظر (بما في ذلك النظارات الطبية)، والسمع، والربو، والبدانة، وميل العمود الفقري، والسل، وغيرها من الحالات الطبية، والإسعافات الأولية، والتطعيمات المطلوبة والموصى بها.
2. الفحوصات الجسمانية الشاملة (الفحص الطبي المتكامل) بما في ذلك تلك الفحوصات المطلوبة للمدرسة، وممارسة الرياضة، وتصاريح العمل، والمقبولين الجدد.
3. الفحوصات العملية الموصوفة، مثل فحوصات الأنيميا، والخلية المنجلية، وداء السكري.
4. الرعاية الطبية والعلاج، بما في ذلك تشخيص الأمراض الخطيرة والمزمنة، وكذلك وصف الأدوية وتوفير جرعاتها.
5. خدمات الصحة العقلية، بما في ذلك التقييم، والتشخيص، والعلاج، والإحالة.
6. خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالإنباج، بما في ذلك استشارات التعف، ومنع الحمل [الحصول على حبوب منع الحمل، والواقي الذكري، وحقنة (Depo) لمنع الحمل، من بين العديد من الطرق الأخرى]، واختبارات الكشف عن الحمل، والفحوصات المتعلقة بالأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس (STD) وعلاجها، واختبارات فيروس نقص المناعة المكتسبة (HIV)، وفحوصات مسح عنق الرحم (PAP smears)، والإحالات الخاصة بالنتائج غير العادية، بما يتناسب مع المرحلة العمرية.
7. التوعية الصحية والاستشارات المتعلقة بالوقاية من السلوكيات المنطوية على مخاطر، مثل: تعاطي المخدرات، والكحول، والتدخين، وكذلك التوعية بشأن التعف ومنع الحمل، والعدوى المنقولة عن طريق ممارسة الجنس، ومرض فقدان المناعة المكتسبة (HIV)، بما يتناسب مع المرحلة العمرية.
8. فحوصات طب الأسنان، بما في ذلك: التشخيص، والعلاج، وتليبيسات الأسنان للوقاية من التسوس، حال توفرها.
9. الإحالة لتلقي خدمات لا يتم توفيرها في المركز الصحي المدرسي.
10. الاستبيانات الصحية السنوية واستطلاعات الآراء.

إدارة التعليم لمدينة نيويورك

صحيفة الحقائق المتعلقة بموافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية
موافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون (HIPAA)

إن توقيعي على الوجه الخلفي لهذه الاستمارة يعد تصريحاً بموافقتي على الإفصاح عن المعلومات الصحية. هذه المعلومات قد تكون محمية من الكشف عنها بموجب القانون الفيدرالي للخصوصية وقانون الولاية.

بتوقيعي على هذه الاستمارة، أقر بأنني أصرح بإعطاء المعلومات الطبية لمجلس التعليم لمدينة نيويورك (والمعروف باسم إدارة التعليم لمدينة نيويورك)، إما لأن ذلك مطلوبٌ بحكم القانون أو تبعاً لتعليمات مستشار التعليم، أو لأن ذلك ضروريٌ لحماية صحة وسلامة التلميذ(ة). ويتعين على المنشأة أو الشخص المختص بالتصريح عن تلك المعلومات أن يزودني بنسخة من هذه الاستمارة، عند طلي لذلك. إن الآباء مطالبون بحكم القانون بتقديم معلومات معينة للمدرسة، مثل إثبات التطعيمات. والإخفاق في تقديم هذه المعلومات قد يؤدي إلى فصل التلميذ(ة) من المدرسة.

لقد تمت الإجابة على أسئلتني المتعلقة بهذه الاستمارة. وأنا أفهم أنني غير ملزم بالسماح بالإفصاح عن المعلومات الطبية المتعلقة بطفلي، وأنه يمكنني أن أغير رأيي في أي وقت وأن ألغي تصريحتي بذلك من خلال الكتابة إلى المركز الصحي المدرسي. وعلى ذلك، بعد الموافقة على التصريح، لا يمكن إلغاؤه بأثر رجعي لكي يغطي معلومات قد تم الإفصاح عنها قبل الإلغاء.

أقر بأنني أوافق على التصريح لـ (HCSP) المركز الصحي المدرسي بالإفصاح عن معلومات طبية معينة خاصة بالتلميذ(ة) المذكور بالصفحة الخلفية لهذه الاستمارة، لمجلس التعليم لمدينة نيويورك (والمعروف باسم إدارة التعليم لمدينة نيويورك).

أوافق على الإفصاح عن المعلومات من المركز الصحي المدرسي إلى إدارة التعليم لمدينة نيويورك، ومن إدارة التعليم لمدينة نيويورك إلى المركز الصحي المدرسي، والمتعلقة بالمعلومات الطبية المذكورة أدناه لاستيفاء المتطلبات القانونية ولضمان أنه يتوفر لدى المدرسة المعلومات الضرورية لحماية صحة طفلي وسلامته. إنني على علم بأن هذه المعلومات سوف تبقى خصوصية، وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية وتعليمات مستشار التعليم المعنية بالخصوصية:

المعلومات المطلوبة وفقاً للقانون أو تعليمات مستشار التعليم:

- فحص الملتحقين الجدد (استمارة رقم 211S)

- التطعيمات

- نتائج الفحوصات السمعية والبصرية

- نتائج فحص السل

المعلومات المطلوبة لحماية الصحة والسلامة:

- الحالات التي قد تتطلب معالجة طبية طارئة، (استمارة رقم 103S)

- الحالات التي تحد من الأنشطة اليومية للتلميذ(ة)، (استمارة رقم 103S)

- التشخيصات المتعلقة بأمراض معدية معينة (لا تتضمن مرض فقدان المناعة المكتسبة (HIV))

- العدوى/الأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس، وخدمات أخرى تتمتع بالخصوصية وفقاً للقانون.

- تغطية التأمين الصحي

إن توقيعي على الصفحة رقم 1 من هذه الاستمارة، تعطي موافقتي أيضاً لـ (HCSP) الذين قاموا بفحص طفلي، وكذلك الحصول على المعلومات الخاصة بالتأمين الصحي.

الفترة الزمنية التي يغطيها التصريح بالإفصاح عن المعلومات:

من: تاريخ توقيع هذه الاستمارة على الصفحة الخلفية

إلى: التاريخ الذي لم يعد فيه التلميذ(ة) مقبداً في المركز الصحي المدرسي (SBHC)