Revised: 2/26/2008

紐約市教育局學校健康計劃
學校家長同意書（9 年級至 12 年級）

School(s) covered by HCSP _____ *(School(s) Covered)*
Health Care Services Provider Name _____ *(HCSP)*
Health Care Services Provider Address _____ *(HCSP Address)*

Office Use Only（僅供工作人員填寫）

學生資料(STUDENT INFORMATION)

學生姓氏(Last Name)：_____
學生名字(First Name)：_____
出生日期(Date of Birth)：_____/_____/_____
月(Month) 日(Day) 年(Year)

學生社會安全號碼(SS#)：_____

性別(Sex)：❑ 男(Male) ❑ 女(Female) 年級(Grade)_____

種族(Ethnicity)：❑ 西語裔(Hispanic) ❑ 黑人(Black)
❑ 白人(White) ❑ 印第安人(American Indian)
❑ 亞裔/太平洋島裔(Asian/Pacific Islander)
❑ 其他(Other) _____

學生住址(Address)：_____
_____ _____ _____
市(City) 州(State) 郵政編碼(Zip Code)

誰是該學生常看的醫生(Who is the student's regular doctor)？
姓名(Name)：_____
電話(Telephone)：_____
地址(Address)：_____
_____

家長/監護人資料(PARENT/GUARDIAN INFORMATION)

母親(Mother)
姓氏(Last Name)：_____名字(First Name)：_____

父親(Father)
姓氏(Last Name)：_____名字(First Name)：_____

法定監護人（如果適用）(Legal Guardian, If Applicable)
姓氏(Last Name)：_____名字(First Name)：_____
法定監護人與學生的關係(Relationship of legal guardian to student)
❑ 祖父母/外祖父母(Grandparent) ❑ 姑姨叔舅(Aunt or Uncle)
❑ 其他(Other)：_____

家長或監護人聯絡資訊(Contact Information for parent or guardian)
住宅電話(Home Tel)：_____辦公電話(Work Tel)：_____
傳呼/手機(Beeper/Cell)：_____

其他緊急聯絡人(Additional Emergency Contact)
姓名(Name)：_____
與學生的關係(Relationship to Student)：_____
住宅電話(Home Tel)：_____辦公電話(Work Tel)：_____
傳呼/手機(Beeper/Cell)：_____

醫療保險資料(INSURANCE INFORMATION)

您的子女有醫療補助嗎(Does your child have Medicaid)？
❑ 沒有(No) ❑ 有；醫療補助號碼(Medicaid ID #) _____

您的子女有兒童加健保險嗎(Does your child have Child Health Plus)？
❑ 沒有(No) ❑ 有；兒童加健保險號碼(CHP #) _____

屬於何種計劃(Which Plan)？
❑ 親情保健(Affinity) ❑ 紐約長老會社區健康計劃(NewYork-Presbyterian)
❑ 鄰里(Neighborhood) ❑ 關懷保健(Amerigroup)
❑ HIP ❑ 加健(Health Plus)
❑ 其他(Other)：_____

您的子女有其他保險嗎(Does your child have other insurance)？
❑ 沒有(No) ❑ 有；名稱(Name)：_____
保險號碼(Coverage Number)：_____

如果您的子女沒有健康保險，您希望社區組織或紐約州批准的低收入健康保險計劃的代表與您聯繫嗎？
❑ 不要(No) ❑ 要(Yes)

家長同意學校健康中心提供服務的同意書

我已經閱讀並了解本表背面所列出的服務（學校健康中心的服務），我在下面簽名即表示我同意我的子女接受由 Health Care Services Provider Name _____ (HCSP) 學校健康中心所提供的服務。

注意：根據法律規定，凡規定的必要篩檢、急救治療、產前照顧、與性行爲和懷孕的預防相關的服務以及在學生的健康顯示處於危險狀態時所提供的服務，都不要求事先徵得家長同意。凡年滿 18 歲或 18 歲以上的學生、已為人父母的學生或者已合法脫離家長監護的學生，不需要徵得家長的同意。我在下面簽名，表明我已經收到了一份「隱私管理方法通知」（Notice of Privacy Practices）。

X _____ _____
家長/監護人 *（或者年滿 18 歲或以上的或其他被法律所允許的學生）* **簽名** **日期**

家長對符合《健康保險攜帶與責任法案》（HIPAA）的健康資訊發佈同意書

我已經閱讀並了解本表第 2 頁關於健康資訊發佈的規定。我在下面簽名，表明我同意發佈其中所指定的醫療資訊。

X _____ _____
家長/監護人 *（或者年滿 18 歲或以上的或其他被法律所允許的學生）* **簽名** **日期**

請確保閱讀本同意書正反兩頁

紐約市教育局學校健康計劃
學校家長同意表

School(s) covered by HCSP _____ *(School(s) Covered)*
Health Care Services Provider Name _____ *(HCSP)*
Health Care Services Provider Address _____ *(HCSP Address)*

學校健康中心提供的服務

我同意我的子女接受州認證的 Health Care Services Provider Name (HCSP) 保健專業人員的服務，這些服務是紐約州健康廳批准的學校保健計劃的構成部分。我了解，根據法律規定，學生與保健服務人員之間的保密要求將得到確保，並且學生將被鼓勵使他們的家長或監護人參與到諮詢和醫療照顧的決策中來。學校保健中心提供的服務可能包括，但不限於如下各項：

1. 規定的學校健康服務，包括：含視力（含眼鏡）、聽力、哮喘、痴肥、脊柱側凸、肺結核和其他健康問題在內的篩查、急救以及規定的和推薦的免疫注射。
2. 綜合體檢（全面醫療檢查），包括為學校、體育運動、工作許可證以及新生入學所需的檢查。
3. 根據醫療處方進行的實驗室化驗，例如檢查貧血、鐮刀形紅細胞和糖尿病的化驗。
4. 醫療照顧和治療，包括急性和慢性疾病的診斷以及藥物治療的處方和配藥。
5. 精神健康服務，包括鑑定、診斷、治療和轉診。
6. 生殖健康服務，包括禁慾諮詢、避孕措施（配給避孕藥、避孕套、Depo 避孕注射針劑及其他措施）、孕檢測試、性傳播疾病（STD）篩檢和治療、艾滋病病毒（HIV）測試、子宮頸磨片檢查（PAP smears）以及對異常症狀的轉診，這些健康服務視學生年齡而定。
7. 為預防某些風險行爲提供健康教育和諮詢，這些風險行爲包括：藥物濫用、酗酒和吸煙成癮，提供有關禁慾的教育，並進行與年齡相適應的有關懷孕、性傳播疾病和艾滋病病毒的預防教育。
8. 牙科檢查，包括：診斷、治療以及（在能提供的情況下）作補牙填充。
9. 對學校健康中心無法提供的服務，則予以轉診。
10. 年度健康問卷/調查。

紐約市教育局
關於家長同意健康資訊發佈的概要說明
家長對符合《健康保險攜帶與責任法案》（HIPAA）的健康資訊發佈同意書

我在本表正面的簽名，表明我准許有關醫療資訊的發佈。該資訊可能受到聯邦隱私法和州法律的保護而不得公佈。

我在本同意書上簽名，則表明我准許將此醫療資訊發佈給紐約市教育局（Board of Education of the City of New York，又名 New York City Department of Education），這是因爲「教育總監條例」規定如此，或者是因爲保護學生的健康和安全而需要這麼做。在我提出請求時，則披露該醫療資訊的機構或個人必須提供給我一份本表格的備份。法律規定家長必須向學校提供某種資訊（如免疫注射證明）。不提供這一資訊，就可能導致該學生被學校拒之門外。

我對本表的疑問已經得到解答。我了解，我不必一定要准許發佈我的子女的醫療資訊，而且我可以在任何時候改變我的想法並以書面方式向學校健康中心說明我的准許作廢。然而，一旦某項資訊已被發佈，在撤回准許之前已被發佈的資訊並不能回溯撤回。

我准許 Health Care Services Provider Name (HCSP) 學校健康中心將本表正面所列出的學生的具體資訊發佈給紐約市教育局。

我同意：爲符合法規的要求，並確保學校獲得所需的資訊以保護我的子女的健康和安全，對下面列出的醫療資訊，學校健康中心可向紐約市教育局發佈有關資訊，紐約市教育局也可向學校健康中心發佈有關資訊。我了解，根據聯邦和州的法律以及「教育總監條例」有關保密性的規定，該資訊將維持其保密的狀態：

法律或「總監條例」要求提供的資訊：
—新生檢查（211S 表）
—免疫注射情況
—視力和聽力篩檢結果
—結核菌檢驗結果

保護健康與安全所需的資訊：
—可能要求緊急醫學治療的症狀（103S 表）
—限制學生日常活動的健康問題（103S 表）
—特定傳染病（不包括 HIV 感染/性傳播感染以及受法律保護的其他保密性服務）的診斷
—健康保險

我在本表第 1 頁簽名，也就表示我同意 Health Care Services Provider Name (HCSP) 可以與曾經為我的子女檢查過身體的其他服務提供者取得聯繫，並獲得保險資訊。

准許披露資訊的時間段：
起始日期：在本表正面簽名的日期
結束日期：學生不再參加學校健康中心（SBHC）的日期

請確保閱讀本同意書正反兩頁