برنامج الصحة المدرسية التابع لإدارة التعليم لمدينة نيويورك
استمارة الموافقة الأبوية للمدرسة (لصفوف ما قبل الروضة - 8)

(المدرسة/المدراس التي تتم خدمتها)

(HCSP)

(عنوان HCSP)

Office Use Only (للاستخدام الرسمي فقط)	
بيانات الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر	بيانات التلميذ(ة)
<p>الوالدة الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ الوالد الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ الوصي القانوني، إن كان ينطبق الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ علاقة الوصي القانوني بالتلميذ(ة) ☐ جد(ة) ☐ عم(ة) أو خال(ة) ☐ غير ذلك: _____</p> <p>معلومات الاتصال الخاصة بالوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ الهاتف المحمول: _____</p> <p>معلومات اتصال إضافية في حالات الطوارئ الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ الهاتف المحمول: _____</p>	<p>الإسم الأخير للتلميذ: _____ الإسم الأول للتلميذ: _____ تاريخ الميلاد: _____ السنة / اليوم / الشهر</p> <p>رقم الضمان الاجتماعي للتلميذ(ة): _____</p> <p>الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى الصف _____ الأصل الإثني: ☐ إسباني ☐ أسود ☐ أبيض ☐ من الهنود الحمر ☐ آسيوي/ من سكان جزر المحيط الهادي ☐ غير ذلك</p> <p>عنوان التلميذ(ة): _____</p> <p>المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____</p> <p>من هو الطبيب المعتاد للتلميذ(ة)؟ الاسم: _____ الهاتف: _____ العنوان: _____</p>
بيانات التأمين الصحي	
<p>هل يتمتع طفلكم بتغطية صحية عن طريق مشغلكم، أو أي نوع آخر من التأمين الصحي؟ ☐ لا ☐ نعم، خطة التأمين الصحي: _____ رقم بطاقة هوية/سياسة المشترك: _____ رقم هاتف التأمين الصحي: _____</p> <p>إذا كان طفلك لا يتوفر على تأمين صحي، هل ترغب أن يتصل بك مساعد مباشر مفوض من سوق الصحة لولاية نيويورك للانخراط في التأمين الصحي؟ ☐ لا ☐ نعم ما هو أفضل وقت للاتصال بكم؟</p>	<p>هل يتمتع طفلكم بتغطية الميديكيد (Medicaid)؟ ☐ لا ☐ نعم: رقم بطاقة الميديكيد (Medicaid) _____</p> <p>هل يتمتع طفلكم بتغطية (Child Health Plus)؟ ☐ لا ☐ نعم: الرقم التأميني (CHP) _____</p> <p>ما هو اسم الخطة التأمينية؟ Fidelis ☐ Affinity ☐ Health Plus Amerigroup ☐ Healthfirst ☐ MetroPlus ☐ HIP ☐ United Healthcare ☐ WellCare ☐</p>
إقرار بموافقة الآباء على تلقي الطفل لخدمات المركز الصحي المدرسي	
<p>لقد قرأت وفهمت الخدمات المدرجة بالصفحة التالية (خدمات المركز الصحي المدرسي)، وأن توقيعي يؤكد موافقتي على أن يتلقى طفلي الخدمات المقدمة من المركز الصحي المدرسي (HCSP).</p> <p>ملحوظة: موافقة الآباء غير مطلوبة، حسب نص القانون، لإجراء الفحوصات الإجبارية، وإجراء الإسعافات الأولية، والرعاية الأبوية، 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 قانونياً من السلطة الأبوية. إن توقيعي على هذا المستند يثبت أنني قد تسلمت إشعار الخصوصية (Notice of Privacy Practices).</p> <p>توقيع الوالدة(ة)/ ولي الأمر (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر، أو المسموح له قانوناً) _____ التاريخ _____</p>	
موافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون (HIPAA)	
<p>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.</p> <p>توقيع الوالدة(ة)/ ولي الأمر (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر، أو المسموح له قانوناً) _____ التاريخ _____</p>	

نرجو التأكد من مراجعة واجهتي استمارة الموافقة هذه

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

(المدرسة/المدارس التي تتم خدمتها) _____
(HCSP) _____
(عنوان HCSP) _____

خدمات المركز الصحي المدرسي

- أقر بموافقتي على تلقي طفلي للخدمات الصحية المقدمة من قبل متخصصين صحيين مرخصين من الولاية في _____ (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 نواح محددة 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، والمقيدون الجدد.
 3. الفحوصات المعملية 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. التوعية الصحية والاستشارات المتعلقة بالوقاية من السلوكيات المنطوية على مخاطر، مثل: تعاطي المخدرات، والكحول، والتدخين، وكذلك التوعية بشأن التعفف ومنع الحمل، والعدوى المنتقلة عن طريق ممارسة الجنس، وفيروس فقدان المناعة (HIV)، بما يتناسب مع المرحلة العمرية.
 7. فحوصات طب الأسنان، بما في ذلك: التشخيص، والعلاج، وتليبيسات الأسنان للوقاية من التسوس، حال توفرها.
 8. الإحالة لتلقي خدمات لا يتم توفيرها في المركز الصحي المدرسي.
 9. 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 مطلوباً بحكم القانون أو تبعاً لتعليمات مستشار التعليم، أو لأن ذلك ضرورياً لحماية صحة وسلامة التلميذ(ة). ويتعين على المنشأة أو الشخص المختص بالإفصاح عن تلك المعلومات أو يزودني بنسخة من هذه الاستمارة، عند طلبي لذلك. إن الآباء مطالبون بحكم القانون بتقديم معلومات معينة للمدرسة، مثل إثبات التطعيمات والإفصاح في تقديم هذه المعلومات قد يؤدي إلى فصل التلميذ(ة) من المدرسة.

لقد تمت الإجابة على أسئلتى المتعلقة بهذه الاستمارة. وأنا أفهم أنني غير ملزم بالسماح بالإفصاح عن المعلومات الطبية المتعلقة بطفلي، وأنه يمكنني أن أغير رأبي في أي وقت وأن ألغي تصريحتي بذلك من خلال الكتابة إلى المركز الصحي المدرسي. ولكن، بعد الموافقة على الإفصاح عن المعلومات، لا يمكن إلغاء ذلك بآثر 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 (المعروف 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 سرية، وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية وتعليمات مستشار التعليم المعنية بالخصوصية:

المعلومات المطلوبة وفقاً للقانون أو لتعليمات مستشار التعليم: معلومات لحماية الصحة والسلامة:

- فحص المشترك الجديد (الاستمارة CH-205)
- التطعيم/التلقيح
- نتائج فحص البصر والسمع
- نتائج اختبار داء السل
- الحالات التي قد تتطلب الطوارئ
- علاج طبي (الاستمارة 103S)
- الحالات التي تحد من الأنشطة اليومية للتلميذ(ة)، استمارة رقم (103S)
- تشخيص بعض الأمراض المعدية (لا تتضمن مرض فقدان المناعة المكتسبة (HIV)) الأمراض المنقولة جنسياً وغيرها من الخدمات السرية التي يحميها القانون.
- تغطية التأمين الصحي
- القيد في المركز الصحي المدرسي
- برنامج التعليم الفردي (IEP)

إنني توقيعي على الصفحة رقم 1 من هذه الاستمارة، أعطي موافقتي أيضاً لـ _____ (HCSP) بالاتصال بمقدمي الخدمات الآخرين، 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 يكون فيه التلميذ(ة) غير مقيد في المركز الصحي المدرسي (SBHC)

نرجو التأكد من مراجعة واجهتي استمارة الموافقة هذه