뉴욕시 교육청 학교 보건 프로그램
학교 학부모 동의서 (유치원-8 학년)

_____ *(해당 학교(들))*
_____ *(HCSP)*
_____ *(HCSP 주소)*

기관 작성란(OFFICE USE ONLY)

학생 정보	학부모/보호자 정보
학생 성: _____ **학생 이름:** _____ **생년월일:** _____/_____/_____ *월 일 년* **학생의 사회보장번호:** _____ **성별:** ❑ 남 ❑ 여 학년 _____ **인종:** ❑ 히스패닉 ❑ 흑인 ❑ 백인 ❑ 아메리칸 인디안 ❑ 아시아인/태평양 섬주민 ❑ 기타 _____ **학생 주소:**_____ _____ _____ ____ _____ *시 주 우편번호* **학생이 정기적으로 만나는 의사 선생님은 누구입니까?** 성명: _____ 전화: _____ 주소: _____ _____	<u>어머니</u> 성: _____이름: _____ <u>아버지</u> 성: _____이름: _____ <u>적용되는 경우, 법적 보호자</u> 성: _____이름: _____ 학생과 법적 보호자와의 관계 ❑ 조부모 ❑ 부모의 형제자매 ❑ 기타: _____ <u>학부모 또는 보호자의 연락 정보</u> 집 전화: _____회사 전화: _____ 휴대전화: _____ <u>추가적인 비상시 연락처</u> 성명: _____ 학생과의 관계: _____ 집 전화: _____회사 전화: _____ 휴대전화: _____

보험 정보

자녀분이 메디케이드에 가입되어 있습니까? ❑ 아니오 ❑ 예: 메디케이드 카드 # _____ **자녀분이 찰드헬쓰 플러스(CHP)에 가입되어 있습니까?** ❑ 아니오 ❑ 예: CHP # _____ **어떤 플랜입니까?** ❑ Affinity ❑ Fidelis ❑ Healthfirst ❑ Health Plus Amerigroup ❑ HIP ❑ MetroPlus ❑ WellCare ❑ United Healthcare	**자녀분이 귀하의 고용주 또는 기타 다른 종류의 건강보험을 통해 가입되어 있습니까?** ❑ 아니오 ❑ 예, 건강보험: _____ 멤버 아이디/보험 번호: _____ 건강 보험 전화: _____ **자녀분이 건강 보험에 가입되어 있지 않다면, 뉴욕주 보건 광고의 승인을 받은 개인이 직접 귀하께 등록할 수 있는 건강 보험에 관한 안내를 위해 연락해도 되겠습니까?** ❑ 아니오 ❑ 예 언제 연락 드리는 것이 좋습니까?

학교 기반 보건 센터 서비스에 관한 학부모 동의

저는 다음 페이지 (학교 기반 보건 센터 서비스)에 수록된 서비스들을 읽고 이해하였으며 _____(HCSP) 학교 기반 보건 센터에서 제 아이를 위한 서비스를 제공하는 것에 관한 동의를 제 서명을 적음으로 제공합니다.
<u>알림:</u> 법적으로, 응급 처방, 피임, 성적 행동과 관련된 서비스 및 임신 예방 실시와 학생의 건강이 위협을 받는 상황에 서비스를 제공하는 등의 의무적인 검진을 실시하는데 학부모 동의가 필요하지 않습니다. 법 8 세 이상 또는 부모가 되었거나 법적으로 독립한 학생들에 대한 학부모 동의는 필요하지 않습니다. 제 서명은 개인정보 보호사례에 관한 공지 사본을 받아보았음을 의미합니다.

X _____ _____
학부모/보호자 서명 *(또는 18 세 이상이거나 기타 법률이 허락하는 경우의 학생 본인)* **날짜**

HIPAA 규정에 의거한 의료 정보 공개에 관한 학부모 동의서

저는 이 양식 2 페이지의 건강 정보의 공개에 관해 읽고 이해하였습니다. 제 서명은 설명된 바와 같은 의료 정보의 공개에 관한 동의를 의미합니다.

X _____ _____
학부모/보호자 서명 *(또는 18 세 이상이거나 기타 법률이 허락하는 경우의 학생 본인)* **날짜**

본 동의서의 양면 모두를 검토해 주십시오

뉴욕시 교육청 학교 보건 프로그램
학교 학부모 동의서

_____ *(해당 학교(들))*
_____ *(HCSP)*
_____ *(HCSP 주소)*

학교 기반 보건 센터 서비스

저는 제 아이가 학교 건강 프로그램의 일부로 뉴욕주 보건부에서 승인한 _____ _____(HCSP) 의 뉴욕주 라이센스 취득 보건 전문가에게서 보건 서비스를 받는 것에 동일바니다. 저는 학생과 보건 클리닉 제공처 사이의 법률에 따른 특정 부분에 관한 비밀이 보장되며 학생들이 건강 치료에 관한 결정을 상담함에 있어 본인의 부모 또는 보호자를 참여시키도록 권장할 것입니다. 학교 기반 보건 센터 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다:

1. 의무적인 학교 보건 서비스: 시력 검사 (안경 포함), 청력, 천식, 비만, 척추측만, 폐렴과 기타 건강 상태, 응급 처치 및 필수적이며 추천된 예방접종.
2. 학교, 운동, 노동 서류와 신규 등록을 위한 각종 종합 신체 검사 (종합 건강 검진) 포함.
3. 빈혈, 겸상 적혈구 빈혈증 및 당뇨와 같이 의사가 요구한 각종 검사.
4. 급성 및 만성 질병의 진단 및 약 처방과 조제를 포함한 간호 및 치료.
5. 검사, 진단, 치료 및 의뢰 등의 정신 보건 서비스.
6. 다음과 같은 위험한 행동 예방을 위한 보건 교육 및 상담: 연령대에 적합한 약물, 술, 흡연뿐만 아니라 금욕과 임신 예방, 성관계로 전염되는 질병과 HIV
7. 다음을 포함한 치과 진료: 진단, 치료, 제공할 수 있는 경우 실란트.
8. 학교 보건 센터에서 제공하지 않는 서비스 추천.
9. 연례 보건 질문/설문 조사.

뉴욕시 교육청의
건강 정보 공개에 관한 학부모 동의에 관련 요약
HIPAA 규정에 의거한 의료 정보 공개에 관한 학부모 동의서

이 양식 뒷면의 제 서명은 의료 정보에 관한 공개를 승인합니다. 이 정보는 연방 사생활 보호법 및 뉴욕주 법에 따라 공개를 보호받을 것입니다.

이 양식에 서명함으로써, 저는 이것이 법률 또는 교육감 규정에 따라 또는 이것이 학생의 건강과 안녕을 보호하는데 필수적임으로 뉴욕시 교육 보드 (일명 뉴욕시 교육청)에 의료 정보가 제공되는 것을 승인합니다. 제 요구에 따라, 이 의료 정보를 제공하는 기관이나 개인은 반드시 이 양식의 사본을 제공하여야 합니다. 학부모들은 법적으로 예방접종 기록과 같은 특정 정보를 학교에 제공하여야 합니다. 이런 정보를 제공하지 않는 것은 학생이 학교로부터 퇴학 처분을 받는 결과를 초래할 수 있습니다.

이 양식에 관한 제 질문에 대해 답을 얻었습니다. 저는 제 아이의 의료 정보의 공개를 허락하지 않아도 된다는 것을 이해하고 있으며 저는 어느 시점에서 제 마음을 바꿀 수 있으며 학교 기반 보건 센터에 서면으로 승인을 취소 할 수 있다는 것을 잘 알고 있습니다. 그러나, 공개가 된 후에, 취소하기 전에 공개된 정보에 관한 취소가 소급 적용될 수 없다는 것을 알고 있습니다.

저는 _____(HCSP) 학교 기반 보건 센터에서 뒤 페이지에 성명이 기재된 학생의 특정 의료 정보를 뉴욕시 교육 보드 (일명 뉴욕시 교육청)에 제공하는 것을 승인합니다.

저는 학교 기반 보건 센터에서 뉴욕시 교육청으로 뉴욕시 교육청에서 학교 기반 보건 센터로 정해진 규정을 준수하고 제 아이의 건강과 안녕을 보호하는데 학교에서 필요한 정보를 갖출 수 있도록 하기 위해 다음에 요약된 의료 정보를 공개하는 것에 동의합니다. 저는 이런 정보가 연방 및 뉴욕주 그리고 교육감 규정의 비밀보호 규정에 부합하여 비밀이 유지될 것이라는 것을 잘 알고 있습니다.

법 또는 교육감 규정에 따라 요청되는 정보:
- 신규 등록 검사 (양식 211S)
- 예방접종
- 시력 및 청력 검사 결과
- 폐렴 검사 결과

건강과 안녕을 보호하기 위한 정보:
- 응급처치가 요구될 수 있는 상태 의료 처치 (양식 103S)
- 학생의 일일 학교 활동을 제한하는 상태 (103S 양식)
- 일부 전염성이 있다는 진단 (HIV 감염/STI 및 기타 법률로 비밀이 보장되는 치료는 불포함)
- 건강 보험 커버리지
- 학교 기반 보건 센터 등록
- 개별교육 프로그램 (IEP)

이 양식의 1 페이지의 제 서명은 제가 _____(HCSP) 에 제 아이를 진단한 기타 제공처에 연락하여 보험 정보를 수집하는 것에 대한 동의도 됩니다.

<u>정보의 공개가 승인되는 기간</u>:
시작: 이 양식의 반대 페이지에 서명을 한 날짜
종료: 학생이 더 이상 SBHC 에 등록하지 않게된 날짜

본 동의서의 양면 모두를 검토해 주십시오