

Foothill Community Health Center

Đơn đăng ký chương trình sức khỏe và lành mạnh cho học sinh

Thông tin học sinh

Tên:	Họ:	Lớp:
Tên trường học:	Ngày sinh:	Giới tính: Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>

Chủng tộc (vòng tròn): Người Mỹ Gốc Phi Người Mỹ Á Châu Hawaii Người Mỹ Bản Xứ/Dân Alaska
Nhiều hơn một chủng tộc Thái Bình Dương Từ chối để báo cáo Chủng tộc khác: _____

Dân tộc (vòng tròn): Tây Ban Nha hoặc Latino Không Tây Ban Nha hoặc Latino Từ chối để báo cáo Chủng tộc khác: _____

Thông Tin Phụ Huynh Hoặc Người Dám Hộ

Tên:	Ngày sinh:	Tên:	Ngày sinh:
Địa chỉ:	Địa chỉ:		

Thành phố:	Mã vùng:	Thành phố:	Mã vùng:
------------	----------	------------	----------

Điện thoại nhà:	Cầm tay:	Điện thoại nhà:	Cầm tay:
-----------------	----------	-----------------	----------

Mối quan hệ với trẻ em: (vòng tròn) Ba Mẹ người dám hộ Mối quan hệ với trẻ em: (vòng tròn) Ba Mẹ Người dám hộ

Ngôn ngữ ưa thích (vòng tròn): Anh Tây Ban Nha Viet Other _____

Thông tin bảo hiểm

Con quý vị có bảo hiểm y tế không? Có Không

Tên bảo hiểm Số bảo hiểm:

*Nếu không, bạn có muốn ghi danh cho con của bạn vào một chương trình bảo hiểm y tế công cộng? Muốn Không

Thu nhập hàng năm \$0 - \$15,856 \$15,857 - \$21,404 \$21,405 - \$26,951 \$26,952 - \$32,499 \$32,500 - \$38,047 over \$38,047 Quy mô gia đình (gia đình có bao nhiêu người): _____

Thông báo sức khỏe

Con của bạn đang được điều trị cho bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không? Hãy giải thích: Có Không

Con quý vị có bất kỳ dị ứng nào với thực phẩm, dược phẩm, hoặc thuốc trich ngừa nào không? Hãy giải thích: Có Không

Con bạn đã từng bị động kinh, vấn đề hệ thống thần kinh hoặc lịch sử của chứng Guillain Barre Có Không

Con của bạn có bất kỳ phản ứng nghiêm trọng sau khi nhận được trich ngừa trong quá khứ? Có Không

Kỳ khám sức khỏe lần cuối của con quý vị khi nào? Tên bác sĩ và số dt:

Khi nào khám răng lần cuối của con bạn? Nha sĩ tên và số dt:

SỰ CHẤP THUẬN CỦA CHA MẸ CHO ĐIỀU TRỊ

Chúng tôi đã đọc và hiểu các dịch vụ được cung cấp tại Trung tâm y tế Foothill Community Health Center được mô tả dưới đây. Tôi hiểu các dịch vụ ủy quyền bởi các chữ ký của tôi trong mẫu đơn này, từ phổ biến cho đến những dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông thường, và điều trị không giới hạn:

* Khám sức khỏe thể thao và/hoặc khám tổng quát (CHDP) * Trich ngừa (Tất Cả YẾU CẦU vắc xin trường học yêu cầu, ngừa cúm)

* Hỗ trợ ngắn hạn với bệnh tật mãn tính và giới thiệu * Xét nghiệm tầm soát bệnh lao và thử nghiệm

* Dịch vụ Nhãn Khoa và giới thiệu * Khám răng và giới thiệu

* Chẩn đoán điều trị các bệnh nhẹ và bị thương * Dịch vụ tư vấn hành vi sức khỏe

•Tôi / Chúng tôi hiểu rằng con tôi sẽ **KHÔNG** bị tính phí trực tiếp cho các dịch vụ do FCHC cung cấp dựa trên thu nhập gia đình và / hoặc bảo hiểm.

•Tôi / Chúng tôi hiểu rằng FCHC sẽ gửi hóa đơn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của con tôi cho tất cả các dịch vụ mà có đủ điều kiện để được hoàn. Nếu con tôi không có bảo hiểm hoặc bị hạn chế, FCHC sẽ cố gắng để ghi danh cho con tôi vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe.

•Tôi / Chúng tôi hiểu rằng nếu con của tôi không có bảo hiểm và / hoặc có bảo hiểm sức khỏe hạn chế, FCHC sẽ cung cấp trợ cấp đăng ký miễn phí cho bảo hiểm y tế. Nếu tôi / chúng tôi từ chối nhận trợ cấp đăng ký bảo hiểm y tế, tôi / chúng tôi có thể chịu trách nhiệm về mặt tài chính đối với các dịch vụ của con tôi do FCHC cung cấp và **KHÔNG** được bảo hiểm theo SHWP.

•Tôi / Chúng tôi hiểu rằng sự chấp thuận này chỉ bao gồm các dịch vụ được cung cấp bởi các nhà cung cấp dịch vụ và dịch vụ FCHC ở mức **KHÔNG CHI PHÍ** cho những học sinh đủ điều kiện tham gia SHWP.

•Tôi / Chúng tôi nhận thấy rằng nhân viên của FCHC sẽ phối hợp và giới thiệu nhu cầu chăm sóc sức khỏe hiện tại của con mình tới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính để đảm bảo sự tiếp tục chăm sóc.

•Tôi / Chúng tôi hiểu rằng giấy chấp thuận này vẫn có hiệu lực cho đến khi nhập học của con tôi ở trường chấm dứt, hoặc cho đến khi bị thu hồi bằng văn bản.

Học sinh này có sự cho phép của tôi/chúng tôi để nhận được tất cả dịch vụ tại Trung tâm y tế Foothill Community Health Center

Ngoại trừ những người mà tôi đã loại trừ cụ thể ở đây: _____

Tên ba mẹ hoặc người dám hộ:

Ba mẹ ký tên hoặc người dám hộ: Ngày:



Foothill Community Health Center

2880 Story Road, San Jose, CA 95127

Phone (408) 729-9700

Giấy Phát Hành Cho Y Khoa

(Medical Release Form)

Hồ sơ y tế sẽ giữ bí mật. Tuy nhiên, tôi/chúng tôi thừa nhận rằng các dịch vụ cho tình trạng con của tôi có thể yêu cầu sự hợp tác của các nhà cung cấp dịch vụ và các cơ quan. Tôi/chúng tôi hiểu rằng sự hợp tác này có thể yêu cầu tiết lộ thông tin về trẻ em của tôi đến một hoặc nhiều cung cấp dịch vụ để tạo điều kiện phối hợp của các dịch vụ cho trẻ em của tôi. Tôi/chúng tôi thừa nhận rằng trung tâm cơ sở y tế trường học có thể yêu cầu để phát hành các thông tin liên quan đến điều trị cho bên thứ ba người trả tiền, chẳng hạn như Medi-Cal, với mục đích thanh toán.

Ngoài ra, hồ sơ có thể được phát hành cho bất kỳ lý do nào phù hợp với thực hành y khoa chấp nhận được và theo pháp luật, bao gồm nhưng không giới hạn những lý do sau đây: (1) Nếu một học sinh thể hiện một ý chí làm tổn thương bản thân mình; (2) nếu một học sinh có thể hiện làm tổn thương người khác; (3) Nếu một em học sinh thể hiện bị ngược đãi cơ thể, hay bị lạm dụng tình dục, hoặc bị ngược đãi cảm xúc bởi một người khác

Tôi bằng văn bản này cho phép nhân viên Trung tâm y tế của trường và nhà cung cấp để trao đổi thông tin liên quan đến con tôi cho các mục đích đánh giá về y tế và điều trị. Tôi hiểu sự đồng ý này sẽ không hết hạn cho đến khi tôi thu hồi hoặc con em của tôi không còn ghi danh theo học tại một trường học phục vụ bởi Foothill Community Health center (School- Based Health Center)

Tên Học Sinh (Student's Full Name)

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ (Print Name of Parent/Guardian)

Phụ Huynh Ký Tên /Người Giám Hộ (Signature Parent/Legal Guardian)

Ngày (Date)

Địa Chỉ Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (nếu khác với học sinh) (Address of Parent/Legal Guardian)