

# РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА / ФОРМА СОГЛАСИЯ



Для того, чтобы мы могли предоставить вам/вашему ребенку высококачественные медицинские услуги, полностью заполните и подпишите эту форму. Учащиеся, достигшие 18 лет, или же лица, которым необходимы конфиденциальные услуги по охране психического здоровья и/или репродуктивного здоровья, не моложе 13 лет, могут заполнить форму самостоятельно. **Если это согласие не будет отозвано в письменной форме, оно будет действовать в течение всего периода обучения учащегося в школе, обслуживаемой SBHC.** Чтобы обеспечить максимально эффективное обслуживание, мы также запрашиваем демографические данные и историю болезни семьи. Вы имеете право отказаться отвечать на приведенные вопросы. Мы будем передавать или использовать информацию в ваших ответах исключительно в целях сбора общей демографической информации для наилучшего обслуживания наших пациентов и общины.

Какую школу посещает учащийся?

## I. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	СР. ИМЯ	ПРЕДЫДУЩАЯ ФАМИЛИЯ	ПРЕДПОЧИТАЕМОЕ ИМЯ
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ № УЧАЩЕГОСЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ / / МЕСЯЦ ЧИСЛО ГОД	ПОЛ ПРИ РОЖДЕНИИ <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский	ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПОЛ <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский <input type="radio"/> Небинарная персона
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		КВАРТИРА	ВТОРОЙ АДРЕС (если отличается)	
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ГОРОД	ШТАТ
ТЕЛЕФОН УЧАЩЕГОСЯ <input type="radio"/> Домашний <input type="radio"/> Мобильный <input type="radio"/> Рабочий		АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ УЧАЩЕГОСЯ		
		КАК ВАС УВЕДОМИТЬ О ПРИЕМЕ (выберите один способ) УЧАЩИЙСЯ <input type="radio"/> Текстовое сообщение <input type="radio"/> Телефонный звонок		
ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ	<input type="radio"/> Женская <input type="radio"/> Мужская <input type="radio"/> Под вопросом <input type="radio"/> Трансгендер от мужчины к женщине <input type="radio"/> Трансгендер от женщины к мужчине <input type="radio"/> Небинарная персона/гендерквир <input type="radio"/> Другое <input type="radio"/> Не хочу сообщать			
СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ	<input type="radio"/> Гетеросексуал <input type="radio"/> Гей <input type="radio"/> Лесбиянка <input type="radio"/> Квир <input type="radio"/> Бисексуал <input type="radio"/> Пансексуал <input type="radio"/> Другое: <input type="radio"/> Не хочу сообщать			
ПРЕДПОЧИТАЕМОЕ МЕСТОИМЕНИЕ	<input type="radio"/> Она, её, ей <input type="radio"/> Он, его, ему <input type="radio"/> Они, их, им <input type="radio"/> Другое: <input type="radio"/> Не хочу сообщать			
ВЫ ИСПАНОЯЗЫЧНЫЙ ИЛИ ИСПАНОЯЗЫЧНЫЙ ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ?	<input type="radio"/> Да, испаноязычный или латиноамериканец <input type="radio"/> Нет, не испаноязычный или латиноамериканец <input type="radio"/> Не хочу сообщать			
КАКОВО ВАШЕ РАСОВОЕ ИЛИ СЕМЕЙНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ?	<input type="radio"/> Американский индеец/коренной житель Аляски <input type="radio"/> Коренной гаваец <input type="radio"/> Смешанная раса <input type="radio"/> Азиат <input type="radio"/> Др. житель тихоокеанских островов <input type="radio"/> Отказываюсь отвечать <input type="radio"/> Черный/афроамериканец <input type="radio"/> Белый			
КАКОВ ВАШ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПИСЬМЕННЫЙ ЯЗЫК?			НУЖЕН ЛИ ВАМ ПЕРЕВОДЧИК?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет

## 2. РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН (ЕСЛИ ПАЦИЕНТ МОЛОЖЕ 18 ЛЕТ)

ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	ИМЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ
--------------------------	----------------------	---------------	-----

				/ /	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС			КВАРТИРА	РОДСТВО/ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое	
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ТЕЛЕФОН <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий ____ - ____ - ____		
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ РОДИТЕЛЕЙ		КАК ВАС УВЕДОМИТЬ О ПРИЕМЕ (выберите один способ) РОДИТЕЛЬ <input type="checkbox"/> Текстовое сообщение <input type="checkbox"/> Телефонный звонок			

Программа **SBHC** предоставляется вам бесплатно; при этом, для покрытия расходов в связи с работой программы мы выставим счета вашей страховой компании. Если ваша страховка не покрывает всю стоимость, счет вам не выставляется.

3. СТРАХОВКА		
У ВАС ЕСТЬ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
УКАЖИТЕ ИНФОРМАЦИЮ О СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ	НАЗВАНИЕ СТРАХОВКИ	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ
	НОМЕР ГРУППЫ	№ УЧАСТНИКА
	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА	ДАТА РОЖДЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА
УКАЖИТЕ ИНФОРМАЦИЮ О ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО  <i>Примеры: стоматологическая страховка, вторичное покрытие и т.д.</i>	НАЗВАНИЕ СТРАХОВКИ	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ
	НОМЕР ГРУППЫ	№ УЧАСТНИКА
	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА	ДАТА РОЖДЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА
Если у вас нет страховки, хотите ли вы, чтобы с вами связался сотрудник СНС для проверки доступности страхования для вашей семьи?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ (Отвечайте от имени пациента или, если пациент несовершеннолетний, от имени законного опекуна).			
ГОДОВОЙ ИЛИ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	Каков годовой (ежегодный) валовой доход вашего домохозяйства?	\$	Если проще подсчитать, каков ежемесячный доход вашего домохозяйства?
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕК В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ			
ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ	<input type="checkbox"/> Аренда/собственное жилье <input type="checkbox"/> С другими людьми <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Постоянное жильё по гос. программе <input type="checkbox"/> Государств. жильё <input type="checkbox"/> Приют <input type="checkbox"/> На улице <input type="checkbox"/> Временное жильё		

СТАТУС МИГРАНТА/СЕЗОННОГО РАБОТНИКА	В какой-либо момент за последние два года сезонные работы или работа на фермах мигрантов были основным источником дохода для вас или вашей семьи?	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Да, работа мигранта на ферме <input type="radio"/> Да, сезонная работа на ферме
---	---	---

#### 5. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ УЧАЩЕГОСЯ

<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	У вашего ребенка есть основной лечащий врач или клиника? Имя/название поставщика услуг: Клиника: Телефон:
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Ваш ребенок проходил за последний год осмотр или полное медицинское обследование?
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Ваш ребенок посещал стоматолога за последний год?
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	У вашего ребенка есть аллергия на какие-либо лекарства или другие аллергии?

(Опишите):	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ваш ребенок принимает какие-либо лекарства? (Укажите все медикаменты, а также причины назначения)
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	У вашего ребенка есть текущие проблемы со здоровьем или опасения по поводу здоровья? (Опишите):

**Медицинский профиль семьи (отметьте все, что применимо)**

<input type="checkbox"/> Употребление алк./нарк. <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Депрессия <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Высокий уровень холестерина <input type="checkbox"/> Психическое заболевание <input type="checkbox"/> Проблемы со зрением	<input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Заболевания сердца <input type="checkbox"/> Болезнь почек <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Другое:
---	---

**6. УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

Настоящим я выражаю согласие с тем, что в соответствии с Актом (законом) о мобильности и подотчётности медицинского страхования (HIPAA) я имею право на конфиденциальность в отношении моей защищённой медицинской информации. Я понимаю, что СНС округа Снохомиш может связаться со мной по поводу напоминаний о приеме, результатов анализов, вариантов лечения или других льгот и услуг, связанных со здоровьем, посредством телефонного звонка, текстового сообщения, электронной или голосовой почты. Настоящим я подтверждаю, что имею доступ к <a href="#">уведомлению о правилах обеспечения конфиденциальности</a> на сайте СНС и могу в любое время запросить его в другом формате, обратившись по следующему адресу: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way Everett, WA 98208, (425)789-3700, <a href="http://www.chcsno.org">www.chcsno.org</a> .	Инициалы
--	----------

**7. ПОДПИСЬ ДЛЯ СОГЛАСИЯ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ**

ЗАВЕРЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ И СОГЛАСИЕ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ: Я подтверждаю, что регистрационная информация, предоставленная мной в Community Health Center of Snohomish County (СНС), в настоящее время является верной. Я разрешаю персоналу СНС использовать такие установленные методы лечения и терапии, которые считаются профессионально и с медицинской точки зрения необходимыми или целесообразными для диагностики и лечения проблемы (проблем) со здоровьем. Я понимаю, что медицинская помощь может быть оказана врачом, практикующей медсестрой, ассистентом врача или другим лицензированным персоналом. Я понимаю, что психиатрическая помощь может оказываться лицензированным социальным работником, лицензированным консультантом по психическому здоровью или другим лицензированным персоналом. Я понимаю, что стоматологическая помощь может оказываться лицензированными стоматологами, гигиенистами или другими поставщиками стоматологических услуг в соответствии с Законом о стоматологической практике штата Вашингтон. Данное разрешение на разглашение информации уполномочивает СНС предоставлять моей страховой компании, CMS или DSHS любую информацию, необходимую для определения выплат за соответствующие услуги. Настоящим я разрешаю любому страховому оператору, с которым у меня есть полис, выплачивать напрямую любые выплаты по любому страховому полису тем поставщикам медицинских услуг, которые оказали мне услуги.		
ПОДПИСЬ	РОДСТВО/ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ	ЧИСЛО  /    /

## СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

СНС должен иметь подписанное согласие родителей или законных опекунов перед предоставлением услуг, за исключением ситуаций, когда федеральные законы или законы штата позволяют учащемуся получать лечение без согласия родителей/опекунов. Для получения услуг школьной медсестры учащимся не обязательно регистрация в медицинском центре.

**Настоящим я запрашиваю и разрешаю:** (Укажите имя учащегося ниже печатными буквами).

Имя	Инициал ср. имени	Фамилия	Дата рождения / /
-----	-------------------	---------	----------------------

Может получать медицинские услуги, доступные и признанные необходимыми персоналом Школьного медицинского центра (SBHC) при Общественном медицинском центре округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County, СНС). В перечень услуг могут, помимо прочего, входить: Плановые медицинские и стоматологические осмотры, медосмотры специалистов в области спортивной медицины, диспансеризация детей или подростков, оценка и лечение острых заболеваний или травм, лабораторные исследования, рентген зубов, обработка фтором, применение герметика, ограниченное лечение зубов, включая пломбирование и простые удаления, а также терапия в связи с психическими состояниями. Этот уход может осуществляться как лично, так и дистанционно по телефону или посредством виртуального телемедицинского приема. Согласие также дается на направление на лечение и, при необходимости, экстренную транспортировку к другим врачам, специалистам здравоохранения, больницам, клиникам или медицинским учреждениям, если сотрудники СНС SBHC сочтут это необходимым. Это разрешение не позволяет оказывать услуги без согласия учащегося, за исключением случаев, когда учащийся не в состоянии дать согласие. Для вакцинации требуется дополнительное согласие.

В соответствии с законодательством штата и/или федеральным законом, при получении согласия на медицинское обслуживание информация о медицинском обслуживании сохраняется в тайне. Существует несколько исключений, например:

- Пациент или его родитель/опекун дает разрешение, подписав форму о выдаче информации.
- Пациент демонстрирует риск причинения неминуемого вреда себе или окружающим.
- Пациент имеет угрожающие жизни проблемы со здоровьем и не достиг возраста 18 лет.
- Есть основания подозревать жестокое обращение или пренебрежение.
- Об определенных инфекционных заболеваниях необходимо сообщать в органы здравоохранения.

Дается согласие на обмен необходимой информацией с поставщиками медицинских услуг в SBHC, включая обмен информацией между школьной медсестрой и другими смежными медицинскими специалистами, с целью обеспечения наилучшего ухода за вышеуказанным учащимся. Учащиеся также могут самостоятельно получать медицинские услуги в любой из медицинских или стоматологических клиник СНС. С этим согласием можно получать услуги в любой медицинской и стоматологической клинике округа Снохомиш (СНС of Snohomish County). Чтобы найти список адресов клиник, посетите наш веб-сайт [chcsno.org](http://chcsno.org). Чтобы записаться на прием, позвоните в СНС по телефону 425-789-3789

Подпись учащегося: (Требуется для лиц от 13 лет и старше)	Дата: / /
Подпись родителя/опекуна:	Дата: / /
Полное имя юридически ответственного опекуна (печатными буквами):	Родство/отношение:

### ВАЖНАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СОГЛАСИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

SBHC поощряет студентов привлекать своих родителей или опекунов к принятию решений о медицинском обслуживании, когда это возможно, и, в случае необходимости, SBHC поможет учащемуся в обсуждении соответствующих вопросов с родителями/опекунами. Согласно закону штата Вашингтон, учащиеся могут самостоятельно получить доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья в любом возрасте без согласия родителей/опекунов. Подростки (в возрасте 13 лет и старше) могут самостоятельно получать услуги по лечению от наркотической и алкогольной зависимости и консультации по психическому здоровью без согласия родителей. Для предоставления информации о репродуктивном/сексуальном здоровье, психическом здоровье (от 13 лет и старше) и/или употреблении психоактивных веществ (от 13 лет и старше) требуется согласие учащегося. Для получения дополнительной информации о согласии несовершеннолетних посетите: [www.washingtonlawhelp.org](http://www.washingtonlawhelp.org) и найдите «Minor Consent».