

ФОРМА ВЗЯТТЯ НА ОБЛІК ТА ЗГОДИ



Будь ласка, повністю заповніть та підпишіть цю форму, щоб ми могли надати якісні медичні послуги вам/вашій дитині. Учні, яким виповнилося 18 років, або ті, кому потрібні конфіденційні послуги з охорони психічного та/або репродуктивного здоров'я, і яким виповнилося 13 років, можуть заповнювати анкету самостійно. Ця згода залишається чинною протягом усього періоду навчання учня в школі, яку обслуговує шкільний медичний центр (SBHC), якщо вона не буде відкликана в письмовій формі. Для забезпечення найкращого результату лікування, ми також запитуємо демографічні дані та сімейний анамнез. Ви маєте право відмовитися надавати відповідь на запитання щодо цього. Ваші відповіді не будуть передані або використані з будь-якою іншою метою, окрім як для збирання загальних демографічних даних для надання якісних послуг нашим пацієнтам та громаді.

Яку школу відвідує учень?

I. ІНФОРМАЦІЯ ПРО УЧНЯ ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ

ПРИЗВИЩЕ	ІМ'Я	ДРУГЕ ІМ'Я	ПОПЕРЕДНЄ ПРИЗВИЩЕ	БАЖАНЕ ІМ'Я
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР УЧНЯ		ДАТА НАРОДЖЕННЯ / / МІСЯЦЬ ДАТА РІК	СТАТЬ ПІД ЧАС НАРОДЖЕННЯ <input type="radio"/> Чоловік <input type="radio"/> Жінка	СТАТЬ ЗА ДОКУМЕНТАМИ <input type="radio"/> Чоловік <input type="radio"/> Жінка <input type="radio"/> Небінарна особа
ПОШТОВА АДРЕСА		КВАРТИРА	ДОДАТКОВА АДРЕСА (якщо відрізняється)	
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	МІСТО	ШТАТ
ТЕЛЕФОН УЧНЯ <input type="radio"/> Домашній <input type="radio"/> Мобільний <input type="radio"/> Робочий		АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ УЧНЯ		
		БАЖАНИЙ СПОСІБ СПОВІЩЕННЯ ПРО ПРИЙОМ (виберіть один) УЧЕНЬ <input type="radio"/> Текст <input type="radio"/> Телефон		
ГЕНДЕРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ	<input type="radio"/> Жінка <input type="radio"/> Трансгендер, перехід з чоловіка на жінку <input type="radio"/> Інше <input type="radio"/> Чоловік <input type="radio"/> Трансгендер, перехід з жінки на чоловіка <input type="radio"/> Бажаю не зазначати <input type="radio"/> Не визначився/лась <input type="radio"/> Небінарна особа/гендерквір			
СЕКСУАЛЬНА ОРІЄНТАЦІЯ	<input type="radio"/> Гетеросексуал <input type="radio"/> Лесбійка <input type="radio"/> Бісексуал <input type="radio"/> Інше: <input type="radio"/> Гей <input type="radio"/> Квір <input type="radio"/> Пансексуал <input type="radio"/> Бажаю не зазначати			
БАЖАНІ ЗАЙМЕННИКИ	<input type="radio"/> Вона, їй, її <input type="radio"/> Вони, їм, їхній <input type="radio"/> Бажаю не зазначати <input type="radio"/> Він, Йому, Його <input type="radio"/> Інше:			
ЧИ МАЄТЕ ВИ ІСПАНСЬКЕ АБО ЛАТИНОАМЕРИКАНСЬКЕ ПОХОДЖЕННЯ?	<input type="radio"/> Так, маю іспанське або латиноамериканське походження <input type="radio"/> Ні, не маю іспанського або латиноамериканського походження <input type="radio"/> Бажаю не зазначати			
ДО ЯКОЇ РАСИ ВИ НАЛЕЖИТЕ АБО ЯКЕ МАЄТЕ СІМЕЙНЕ ПОХОДЖЕННЯ?	<input type="radio"/> Американські індіанці/корінні жителі Аляски <input type="radio"/> Азіати <input type="radio"/> Темношкірі/афроамериканці <input type="radio"/> Корінні гавайці <input type="radio"/> Інші мешканці тихоокеанських островів <input type="radio"/> Білі <input type="radio"/> Більше ніж одна раса <input type="radio"/> Відмовляюся назвати			
ЯКА МОВА ДЛЯ ВАС Є БАЖАНОЮ В ПИСЬМОВОМУ СПІЛКУВАННІ?			ЧИ ПОТРІБЕН ВАМ ПЕРЕКЛАДАЧ?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні

2. БАТЬКИ / ОПІКУНИ (ЯКЩО ПАЦІЄНТУ МЕНШЕ 18 РОКІВ)

ПРИЗВИЩЕ ОДНОГО З БАТЬКІВ / ОПІКУНА	ІМ'Я ОДНОГО З БАТЬКІВ / ОПІКУНА	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	СТАТЬ
-------------------------------------	---------------------------------	-----------------	-------

				/ /	<input type="radio"/> Чоловік <input type="radio"/> Жінка
ПОШТОВА АДРЕСА			КВАРТИРА	КИМ Є ПАЦІЄНТУ <input type="radio"/> Батько або <input type="radio"/> Опікун <input type="radio"/> Інше мати	
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	ТЕЛЕФОН <input type="radio"/> Домашній <input type="radio"/> Мобільний <input type="radio"/> Робочий - - - - -		
АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ БАТЬКА (МАТЕРІ)		БАЖАНИЙ СПОСІБ СПОВІЩЕННЯ ПРО ПРИЙОМ (виберіть один) БАТЬКО АБО МАТИ <input type="radio"/> Текст <input type="radio"/> Телефонний дзвінок			

Програма **SBHC** надається безкоштовно, але ми виставлятимемо рахунок вашій страховій компанії, якщо ви уклали страховий договір, щоб покрити будь-які додаткові витрати на операції, що виконуватимуться в межах програми. Якщо ваша страховка не покриває всі витрати, рахунок не виставлятиметься.

3. СТРАХУВАННЯ					
ЧИ МАЄТЕ ВИ СТРАХОВКУ?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні				
ВНЕСІТЬ ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТРАХОВЕ ПОКРИТТЯ	НАЗВА СТРАХОВКИ	ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ			
	НОМЕР КОЛЕКТИВНОГО ПЛАНУ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР УЧАСНИКА			
	ІМ'Я ПЕРЕДПЛАТНИКА / ВЛАСНИКА ПОЛІСУ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ ПЕРЕДПЛАТНИКА			
БУДЬ ЛАСКА, ВКАЖІТЬ ДОДАТКОВУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТРАХУВАННЯ, ЯКЩО ДОЦІЛЬНО <i>Приклади: стоматологічне страхування, вторинне покриття тощо.</i>	НАЗВА СТРАХОВКИ	ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ			
	НОМЕР КОЛЕКТИВНОГО ПЛАНУ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР УЧАСНИКА			
	ІМ'Я ПЕРЕДПЛАТНИКА / ВЛАСНИКА ПОЛІСУ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ ПЕРЕДПЛАТНИКА			
Якщо у вас немає страховки, чи хотіли б ви, щоб співробітник СНС зв'язався з вами, щоб встановити, чи відповідає ваша сім'я необхідним критеріям?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні				
4. ДОДАТКОВІ ЗАПИТАННЯ (відповідь має надати сам пацієнт або його законний представник, якщо він є неповнолітнім).					
РІЧНИЙ АБО МІСЯЧНИЙ ДОХІД	Який річний валовий вашого домогосподарства?	\$	Який щомісячний дохід вашого домогосподарства, якщо його легше порахувати?	\$	
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ РАЗОМ					
СТАТУС ЩОДО УМОВ	<input type="radio"/> Орендоване/власне житло <input type="radio"/> Сумісне проживання з іншими <input type="radio"/> Інше <input type="radio"/> Постійне субсидоване житло				

ПРОЖИВАННЯ	<p style="text-align: center;">особами</p> <input type="radio"/> Муніципальне житло <input type="radio"/> Притулок <input type="radio"/> Вулиця <input type="radio"/> Тимчасове житло	
СТАТУС ЩОДО ВИЇЗНОЇ / СЕЗОННОЇ РОБОТИ	Чи був за останні два роки період, коли сезонна або виїзна робота на фермі була основним джерелом доходу для Вас або Вашої родини?	<input type="radio"/> Ні <input type="radio"/> Так, виїзна робота на фермі <input type="radio"/> Так, сезонна робота на фермі

5. АНАМНЕЗ УЧНЯ

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Чи є у Вашої дитини основний лікар або клініка?
		Ім'я постачальника послуг: _____ Клініка: _____ Телефон: _____
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Чи проходила ваша дитина диспансеризацію або повне медичне обстеження в минулому році?

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Чи відвідувала Ваша дитина стоматолога протягом останнього року?
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Чи має Ваша дитина алергію на ліки чи щось інше? (Опишіть):
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Чи приймає Ваша дитина які-небудь ліки? (Перерахуйте всі ліки та причину)
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Чи є у Вашої дитини поточні проблеми зі здоров'ям або актуальні причини для занепокоєння? (Опишіть):

Сімейний анамнез (позначте все, що підходить)

<input type="checkbox"/> Вживання алкоголю/наркотиків	<input type="checkbox"/> Артрит
<input type="checkbox"/> Астма	<input type="checkbox"/> Рак
<input type="checkbox"/> Депресія	<input type="checkbox"/> Діабет
<input type="checkbox"/> Гіпертонія	<input type="checkbox"/> Проблеми з серцем
<input type="checkbox"/> Високий рівень холестерину	<input type="checkbox"/> Захворювання нирок
<input type="checkbox"/> Психічні захворювання	<input type="checkbox"/> Інсульт
<input type="checkbox"/> Проблеми із зором	<input type="checkbox"/> Інше:

6. ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

Я підтверджую, що зрозумів(ла) положення Закону «Про збереження медичного страхування та персоналізований облік у галузі охорони здоров'я» (HIPAA), згідно із яким я маю право на те, щоб моя захищена медична інформація залишалася конфіденційною. Я розумію, що СНС округу Снохоміш може зв'язатися зі мною з приводу нагадувань про прийом, варіантів лікування, результатів аналізів чи інших медичних пільг і послуг за допомогою телефонного виклику, текстового повідомлення, електронної чи голосової пошти. Я підтверджую, що мені надали доступ до [Повідомлення про порядок використання конфіденційної інформації](#) на веб-сайті СНС і можу в будь-який момент запитати надати мені його в іншому форматі, звернувшись за посиланням: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way Everett, WA 98208, (425)789-3700, www.chcsno.org.

Ініціали

7. ПІДПИС ПРО РОЗГОЛОШЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА НАДАННЯ ЗГОДИ

ПІДТВЕРДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ЗГОДА НА ОБСЛУГОВУВАННЯ. Я підтверджую, що облікова інформація, яку я надав Громадському центру охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County, СНС), є правильною станом на момент надання. Я надаю дозвіл персоналу СНС застосовувати такі загальноприйняті методи лікування та терапії, які вони вважатимуть з огляду на професійні та медичні підстави необхідними або доцільними для діагностики та лікування проблем зі здоров'ям. Я розумію, що медична допомога може бути надана лікарем, медичною сестрою, асистентом лікаря або іншими сертифікованим персоналом. Я розумію, що психіатрична допомога може бути надана сертифікованим соціальним працівником, сертифікованим консультантом із психічного здоров'я чи іншим сертифікованим персоналом. Я розумію, що стоматологічна допомога може бути надана кваліфікованим стоматологом, стоматологом-гігієністом або іншими постачальниками стоматологічних послуг відповідно до Закону штату Вашингтон «Про стоматологічну діяльність». Цим дозволом я уповноважую СНС надавати моїй страховій компанії, Центру обслуговування програм медичної допомоги людям похилого віку, інвалідам, незаможним та малозабезпеченим (CMS) або Департаменту охорони здоров'я й соціального забезпечення (DSHS) будь-яку інформацію, необхідну для визначення виплат, що підлягають сплаті за відповідні послуги. Цим я дозволяю будь-якій страховій компанії, поліс якої я маю, безпосередньо здійснювати будь-які виплати за будь-яким страховим полісом тим постачальникам медичних послуг, які надали мені послуги.

ПІДПИС	КИМ Є ПАЦІЄНТУ	ДАТА
		/ /

ЗГОДА НА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

СНС має отримати підписану згоду від батьків або законних опікунів перед наданням послуг, крім ситуацій, коли федеральні закони або закони штату дозволяють учневі отримати лікування без згоди батьків / опікунів. Учня не потрібно бути зареєстрованими в медичному центрі, щоб отримувати послуги шкільної медичної сестри.

Цим я звертаюся із запитом і надаю відповідні повноваження на те, щоб: (Впишіть ім'я учня друківаними літерами нижче.)

Ім'я	Другий ініціал	Прізвище	Дата народження / /
------	----------------	----------	------------------------

Мав змогу отримувати медичні послуги, які можуть бути надані працівниками Громадського центру охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County, СНС) Шкільного медичного центру (SBHC) та вважатимуться необхідними. Ці послуги можуть складатися, крім іншого, з: Планових медичних та стоматологічних оглядів, спортивних медоглядів, медичного нагляду за здоровими дітьми та підлітками, оцінювання та лікування гострих захворювань або травм, лабораторних досліджень, рентгену зубів, фторування, пломбування, обмеженого стоматологічного лікування, зокрема пломбування та простого видалення зубів, а також психічної терапії. Така медична допомога може надаватися як особисто, так і дистанційно за телефоном або у формі віртуальної дистанційної консультації. Також надаю згоду на направлення на лікування та, за необхідності, екстрене транспортування до інших лікарів, медичних працівників, лікарень, клінік чи закладів охорони здоров'я, якщо співробітники СНС SBHC уважатимуть це доцільним. Цей дозвіл не є згодою на надання послуг учню без його згоди, за винятком випадків, коли учень не в змозі дати таку згоду. Для щеплень потрібно отримати додаткову згоду.

Відповідно до законодавства штату та/або федерального законодавства, після отримання згоди на обслуговування інформація про медичне обслуговування зберігається в таємниці. Існує кілька винятків, наприклад такі.

- Дозвіл надається пацієнтом або батьками/опікунами шляхом підписання форми про надання інформації
- Пацієнт повідомляє про ризик неминучої шкоди для себе або інших осіб
- Пацієнт має проблеми зі здоров'ям, що загрожують його життю, і йому ще немає 18 років
- Є підстави підозрювати жорстоке поводження або нехтування
- Про деякі інфекційні захворювання необхідно повідомляти органам охорони здоров'я.

Надається згода на обмін необхідною інформацією між медичними працівниками SBHC, зокрема інформацією зі шкільною медсестрою та іншими медичними працівниками, які працюють поруч, задля забезпечення найкращого медичного нагляду за вищезазначеним учнем. Учні також можуть самостійно отримувати медичні послуги в будь-якій медичній або стоматологічній клініці СНС. З цієї згодою послуги можна отримати в будь-якій медичній та стоматологічній клініці СНС округу Снохоміш. Щоб переглянути список клінік, відвідайте наш вебсайт chcsno.org. Щоб записатися на приймання, зателефонуйте до СНС за номером 425-789-3789

Підпис учня: (Потрібний для дітей від 13 років.)	Дата: / /
Підпис одного з батьків / опікуна:	Дата: / /
Ім'я законного опікуна (друкованими літерами):	Ким є учневі:

ВАЖЛИВА ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗГОДУ НЕПОВНОЛІТНІХ

SBHC заохочує учнів залучати батьків або опікунів до прийняття рішень щодо медичного обслуговування, коли це можливо і коли це застосовно, SBHC допоможе учню в обговоренні з батьками/опікунами. Відповідно до законодавства штату Вашингтон, молодь може самостійно отримувати доступ до послуг з охорони репродуктивного здоров'я в будь-якому віці без згоди батьків/опікунів. Молодь (віком від 13 років) може самостійно отримувати послуги з лікування наркозалежності та алкоголізму, а також психічного здоров'я без згоди батьків. Розголошувати інформацію про репродуктивне/сексуальне здоров'я, психічне здоров'я (13 років і старше) та/або вживання психоактивних речовин (13 років і старше) заборонено без згоди учнів. Для отримання додаткової інформації про згоду неповнолітніх див.: www.washingtonlawhelp.org і шукайте «Згода неповнолітніх».