

# MẪU CHẤP THUẬN VÀ ĐĂNG KÝ



Vui lòng điền đầy đủ thông tin và ký vào biểu mẫu này để chúng tôi có thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao cho quý vị/con quý vị. Học sinh 18 tuổi hoặc những học sinh tìm kiếm các dịch vụ sức khỏe tâm thần và/hoặc sức khỏe sinh sản bí mật từ 13 tuổi trở lên có thể tự điền vào biểu mẫu này. **Sự chấp thuận này sẽ vẫn có hiệu lực trong suốt thời gian học sinh đăng ký học tại trường do SBHC phục vụ trừ phi được thu hồi rõ ràng bằng văn bản.** Để cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất có thể, chúng tôi cũng yêu cầu quý vị cung cấp thông tin về nhân khẩu học và tiền sử sức khỏe gia đình. Quý vị có quyền từ chối trả lời những câu hỏi này. Các câu trả lời của quý vị sẽ không được chia sẻ hoặc dùng cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài việc thu thập thông tin nhân khẩu học chung để phục vụ tốt nhất cho bệnh nhân và cộng đồng của chúng tôi.

Học sinh đang học ở trường nào?

## I. NHÂN KHẨU HỌC VÀ THÔNG TIN VỀ HỌC SINH

HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM	HỌ TRƯỚC ĐÂY	TÊN ƯU THÍCH
MÃ HỌC SINH	NGÀY SINH / / THÁNG NGÀY NĂM	GIỚI TÍNH LÚC SINH <input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ	TÌNH DỤC HỢP PHÁP <input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/> Phi nhị nguyên giới	
ĐỊA CHỈ NHẬN THƯ	CĂN HỘ	ĐỊA CHỈ THỨ HAI (nếu khác)		CĂN HỘ
THÀNH PHỐ	Tiểu bang	MÃ ZIP	THÀNH PHỐ	Tiểu bang MÃ ZIP
SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA HỌC SINH ____-____-____ <input type="radio"/> Nhà riêng <input type="radio"/> Di động <input type="radio"/> Việc làm	ĐỊA CHỈ E-MAIL CỦA HỌC SINH			
		LỰA CHỌN ƯU TIÊN NHẬN THÔNG BÁO VỀ CUỘC HẸN DÀNH CHO HỌC SINH (chọn một) <input type="radio"/> Nhắn tin <input type="radio"/> Gọi điện		
BẢN DẠNG GIỚI	<input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Chưa rõ	<input type="radio"/> Chuyển giới nam sang nữ <input type="radio"/> Chuyển giới nữ sang nam <input type="radio"/> Phi nhị nguyên giới/Không xác định giới tính	<input type="radio"/> Khác <input type="radio"/> Chọn không tiết lộ	
XU HƯỚNG TÍNH DỤC	<input type="radio"/> Dị tính <input type="radio"/> Đồng tính nam	<input type="radio"/> Đồng tính nữ <input type="radio"/> Giới tính khác biệt	<input type="radio"/> Lưỡng tính <input type="radio"/> Toàn tính luyến ái	<input type="radio"/> Khác: <input type="radio"/> Chọn không tiết lộ
ĐẠI TỪ ƯU THÍCH	<input type="radio"/> Cô, cô ấy, của cô ấy <input type="radio"/> Anh, anh ấy, của anh ấy	<input type="radio"/> Họ, của họ <input type="radio"/> Khác:	<input type="radio"/> Chọn không tiết lộ	
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA/LATINH KHÔNG?	<input type="radio"/> Có, là người gốc Tây Ban Nha/Latinh	<input type="radio"/> Không phải người gốc Tây Ban Nha/Latinh	<input type="radio"/> Chọn không tiết lộ	
CHUNG TỘC HOẶC NGUỒN GỐC DÒNG HỌ CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?	<input type="radio"/> Thổ dân Mỹ/Thổ dân Alaska <input type="radio"/> Người Hawaii bản địa <input type="radio"/> Nhiều chủng tộc	<input type="radio"/> Người châu Á <input type="radio"/> Người đảo Thái Bình Dương khác <input type="radio"/> Từ chối khai	<input type="radio"/> Người da đen/Người Mỹ gốc Phi <input type="radio"/> Người da trắng	
NGÔN NGỮ VIẾT ƯU TIÊN CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?		QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI PHIÊN DỊCH KHÔNG?	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	

## 2. PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ (NẾU BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI)

HỌ CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ	TÊN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ	NGÀY SINH / /	GIỚI TÍNH <input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ
ĐỊA CHỈ NHẬN THƯ	CĂN HỘ	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN <input type="radio"/> Phụ huynh <input type="radio"/> Người giám hộ <input type="radio"/> Khác	

THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP	ĐIỆN THOẠI <input type="radio"/> Nhà riêng <input type="radio"/> Di động <input type="radio"/> Cơ quan ____-____-____
ĐỊA CHỈ E-MAIL CỦA PHỤ HUYNH	LỰA CHỌN ƯU TIÊN NHẬN THÔNG BÁO VỀ CUỘC HẸN (chọn một) Phụ huynh <input type="radio"/> Nhắn tin <input type="radio"/> Gọi điện		

**Chương trình SBHC được cung cấp miễn phí cho quý vị, nhưng để hỗ trợ chi phí vận hành chương trình, chúng tôi sẽ tính hóa đơn cho hãng bảo hiểm của quý vị nếu quý vị có bất kỳ chi phí nào. Nếu hãng bảo hiểm của quý vị không chi trả toàn bộ chi phí, quý vị sẽ không bị tính phí.**

3. BẢO HIỂM		
QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM KHÔNG?	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	
VUI LÒNG LIỆT KÊ THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM	TÊN BẢO HIỂM	NGÀY HIỆU LỰC
	MÃ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THEO NHÓM	MÃ HỘI VIÊN
	TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ/CHỦ SỞ HỮU HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	NGÀY SINH CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ
VUI LÒNG LIỆT KÊ THÔNG TIN BỔ SUNG VỀ BẢO HIỂM ĐƠN NẾU CÓ <i>Ví dụ: bảo hiểm nha khoa, bảo hiểm phụ, v.v.</i>	TÊN BẢO HIỂM	NGÀY HIỆU LỰC
	MÃ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THEO NHÓM	MÃ HỘI VIÊN
	TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ/CHỦ SỞ HỮU HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	NGÀY SINH CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ
Nếu không có bảo hiểm, quý vị có muốn nhân viên CHC liên hệ với quý vị để xem gia đình quý vị có đủ điều kiện không?	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	

4. CÂU HỎI BỔ SUNG (Trả lời giúp bệnh nhân hoặc, nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng trả lời giúp người giám hộ hợp pháp.)				
THU NHẬP HÀNG NĂM HOẶC HÀNG THÁNG	Tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu?	\$	Nếu có thể tính được thì thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị là bao nhiêu?	\$
TỔNG SỐ NGƯỜI TRONG HỘ GIA ĐÌNH				
TÌNH TRẠNG CHỖ Ở	<input type="radio"/> Thuê/Sở hữu <input type="radio"/> Chia sẻ chỗ ở với người khác <input type="radio"/> Khác <input type="radio"/> Nhà ở được hỗ trợ vĩnh viễn <input type="radio"/> Nhà ở xã hội <input type="radio"/> Chỗ trú tạm <input type="radio"/> Đường phố <input type="radio"/> Chuyển tiếp			
TÌNH TRẠNG CÔNG	Vào bất kỳ thời điểm nào trong hai năm qua, công việc dành cho người nhập cư theo thời vụ hoặc ở trang trại có phải là nguồn thu		<input type="radio"/> Không có <input type="radio"/> Có, làm công việc ở trang trại	

VIỆC THỜI VỤ/CHO NGƯỜI NHẬP CƯ	nhập chính của quý vị hoặc gia đình quý vị không?	dành cho người nhập cư <input type="radio"/> Có, làm công việc ở trang trại theo thời vụ
--------------------------------	---	---

### 5. TIỀN SỬ SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH

<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có bác sĩ chăm sóc chính hoặc phòng khám không? Tên nhà cung cấp: Phòng khám: Điện thoại:
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có được khám sức khỏe tổng quát hay khám sức khỏe toàn diện trong năm qua không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có được khám răng trong năm qua không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có bị dị ứng với thuốc hay bất kỳ dị ứng nào khác không? (Mô tả):

<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có dùng bất kỳ loại thuốc nào không? (Liệt kê các loại thuốc và lý do)
-----------------------------	--------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Con quý vị có đang bị bất kỳ vấn đề nào về sức khỏe không? (Mô tả):
-----------------------------	--------------------------------	---

**Tiền sử sức khỏe gia đình (Chọn tất cả các mục áp dụng)**

<input type="checkbox"/> Sử dụng rượu/ma túy <input type="checkbox"/> Hen suyễn <input type="checkbox"/> Trầm cảm <input type="checkbox"/> Tăng huyết áp <input type="checkbox"/> Cholesterol cao <input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần <input type="checkbox"/> Vấn đề về mắt	<input type="checkbox"/> Viêm khớp <input type="checkbox"/> Ung thư <input type="checkbox"/> Tiểu đường <input type="checkbox"/> Vấn đề về tim mạch <input type="checkbox"/> Bệnh thận <input type="checkbox"/> Đột quỵ <input type="checkbox"/> Khác:
---	--

**6. THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ**

Bằng văn bản này, tôi xác nhận theo Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế (HIPAA), tôi có quyền riêng tư liên quan đến thông tin y tế được bảo vệ của mình. Tôi hiểu rằng CHC of Snohomish County có thể liên hệ với tôi qua điện thoại, tin nhắn văn bản, email hoặc thư thoại để nhắc về cuộc hẹn, thông báo kết quả xét nghiệm, các lựa chọn điều trị hoặc các quyền lợi và dịch vụ khác liên quan đến sức khỏe. Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng tôi có quyền truy cập vào <a href="#">Thông báo về Quy tắc Quyền Riêng tư</a> của CHC trên trang web của CHC và bất kỳ lúc nào cũng có thể yêu cầu cung cấp các quy tắc này ở định dạng khác bằng cách liên hệ: 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> .	Chữ ký tắt
---	------------

**7. CHỮ KÝ XÁC NHẬN ĐỒNG Ý VÀ CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN**

**XÁC NHẬN THÔNG TIN VÀ ĐỒNG Ý VỚI VIỆC CHĂM SÓC:** Tôi xác nhận rằng thông tin đăng ký mà tôi đã báo cáo cho Community Health Center of Snohomish County (CHC) hiện tại là chính xác. Tôi cho phép nhân viên của CHC áp dụng các phương pháp điều trị và các liệu pháp đã được áp dụng rộng rãi, được coi là cần thiết về mặt y tế và chuyên môn hoặc được khuyến nghị trong việc chẩn đoán và điều trị (các) vấn đề sức khỏe. Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc y tế có thể do Bác sĩ, Chuyên viên điều dưỡng, Phụ tá bác sĩ hoặc nhân viên được cấp phép khác cung cấp. Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần có thể do Nhân viên xã hội được cấp phép, Chuyên gia tư vấn về sức khỏe tâm thần được cấp phép hoặc nhân viên được cấp phép khác cung cấp. Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc răng miệng có thể do Nha sĩ, Chuyên gia vệ sinh răng hoặc Nhà cung cấp nha khoa được cấp phép khác cung cấp theo Đạo luật Thực hành Nha khoa của Tiểu bang Washington. Mẫu tiết lộ thông tin này cho phép CHC tiết lộ cho công ty bảo hiểm, CMS hoặc DSHS của tôi bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định quyền lợi phải trả cho các dịch vụ liên quan. Tôi ủy quyền cho bất kỳ hãng bảo hiểm nào mà tôi có hợp đồng bảo hiểm với họ thanh toán trực tiếp mọi quyền lợi của mọi hợp đồng bảo hiểm cho những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã cung cấp dịch vụ cho tôi.

KÝ TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGÀY  / /
--------	---------------------------	-----------------

# CHẤP THUẬN DỊCH VỤ Y TẾ

CHC phải có mẫu chấp thuận có chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp trước khi cung cấp dịch vụ, trừ trường hợp luật liên bang hoặc tiểu bang cho phép học sinh tiếp cận dịch vụ điều trị mà không có sự đồng ý của phụ huynh/người giám hộ. Học sinh không cần phải đăng ký tại trung tâm y tế để nhận các dịch vụ từ y tá của trường.

**Tôi yêu cầu và cho phép:** (Điền tên học sinh (viết hoa) vào bên dưới.)

Tên	Tên đệm	Họ	Ngày sinh / /
-----	---------	----	------------------

Có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do nhân viên của Trung tâm Y tế tại Trường học (SBHC) thuộc Community Health Center of Snohomish County (CHC) cung cấp và cho là cần thiết. Các dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở: Khám y tế và nha khoa định kỳ, khám sức khỏe cho mục đích thể thao, chăm sóc sức khỏe trẻ em hoặc thanh thiếu niên, đánh giá và điều trị chứng bệnh hoặc chấn thương cấp tính, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, chụp X-quang răng, điều trị bằng fluoride, trám răng và điều trị nha khoa hạn chế bao gồm trám răng và nhổ răng đơn giản, cũng như liệu pháp sức khỏe tâm thần. Việc chăm sóc này có thể thực hiện trực tiếp hoặc từ xa qua điện thoại hoặc thăm khám từ xa. Tôi cũng đồng ý cho giới thiệu dịch vụ chăm sóc và nếu cần, vận chuyển cấp cứu đến các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện, phòng khám hoặc cơ quan chăm sóc sức khỏe nếu nhân viên của CHC tại SBHC cho là cần thiết. Sự cho phép này không cho phép thực hiện các dịch vụ khi chưa có sự đồng ý của học sinh, trừ phi học sinh không có khả năng đưa ra quyết định đồng ý. Cần có sự đồng ý bổ sung cho việc tiêm chủng.

Theo luật tiểu bang và/hoặc liên bang, khi được đồng ý cho phép cung cấp dịch vụ chăm sóc, thông tin chăm sóc sức khỏe sẽ được giữ bí mật. Có một số trường hợp ngoại lệ; ví dụ:

- Bệnh nhân hoặc phụ huynh/người giám hộ cho phép thông qua mẫu cho phép tiết lộ thông tin có chữ ký
- Bệnh nhân cho biết nguy cơ sắp xảy ra tổn hại cho bản thân hoặc người khác
- Bệnh nhân có vấn đề sức khỏe nguy hiểm đến tính mạng và dưới 18 tuổi
- Có lý do để nghi ngờ việc lạm dụng hoặc bỏ bê
- Một số bệnh truyền nhiễm cụ thể phải được báo cáo cho cơ quan y tế cộng đồng.

Đồng ý chia sẻ thông tin cần thiết giữa các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại SBHC, bao gồm cả việc trao đổi thông tin với y tá của trường và chuyên gia y tế khác ở cùng địa điểm cho mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho học sinh có tên ở trên. Học sinh cũng có thể nhận được các dịch vụ y tế một cách độc lập tại bất kỳ phòng khám y tế hoặc nha khoa nào của CHC. Với sự đồng ý này, học sinh có thể sử dụng dịch vụ tại bất kỳ phòng khám y tế và nha khoa nào của CHC of Snohomish County. Để xem danh sách các địa điểm phòng khám, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại [chcsno.org](http://chcsno.org). Để đặt lịch hẹn, hãy gọi CHC theo số 425-789-3789

Chữ ký của học sinh: (Bắt buộc đối với học sinh từ 13 tuổi trở lên)

Ngày:  
/ /

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ:

Ngày:  
/ /

Tên (viết hoa) của người giám hộ chịu trách nhiệm pháp lý:

Mối quan hệ:

## THÔNG TIN BỔ SUNG QUAN TRỌNG VỀ SỰ ĐỒNG Ý CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

SBHC khuyến khích học sinh mời phụ huynh hoặc người giám hộ tham gia vào các quyết định chăm sóc sức khỏe bất cứ khi nào có thể và khi thích hợp, SBHC sẽ hỗ trợ học sinh thảo luận với phụ huynh/người giám hộ. Theo luật của Bang Washington, thanh thiếu niên có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản một cách độc lập ở mọi lứa tuổi mà không cần sự đồng ý của phụ huynh/người giám hộ. Thanh thiếu niên (từ 13 tuổi trở lên) có thể nhận các dịch vụ về ma túy và rượu bia, cũng như dịch vụ điều trị sức khỏe tâm thần một cách độc lập mà không cần sự đồng ý của phụ huynh. Cần có sự đồng ý của học sinh để tiết lộ thông tin liên quan đến sức khỏe sinh sản/tình dục, sức khỏe tâm thần (13 tuổi trở lên) và/hoặc việc sử dụng chất gây nghiện (13 tuổi trở lên). Để biết thêm thông tin về sự đồng ý của trẻ vị thành niên, hãy truy cập: [www.washingtonlawhelp.org](http://www.washingtonlawhelp.org) và tìm kiếm "Minor Consent" (Sự đồng ý của trẻ vị thành niên).