

School-Based Health Center PROGRAM



<http://www.schcnny.com/sbhc>

Dr. King Magnet School	315-435-4031
Dr. Weeks School	315-435-4030
Delaware Elementary School	315-435-4452
W.S.A. at Blodgett School	315-435-6431
Fowler High School	315-435-4410
H. W. Smith School	315-435-6266
Grant Middle School	315-435-4040
Franklin Magnet School	315-435-4102

आदरणीय आमाबुवा/अभिभावक:

व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू सिधै तपाईंको बच्चाको विद्यालयमा प्रस्ताव गरिन्छ।

Syracuse Community Health Center, Inc. र Syracuse City School District ले *School Based Health Center* कार्यक्रमद्वारा तपाईंको बच्चाको स्कूलमा चिकित्सा, दन्त र मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गर्छन्।

पूर्ण दायराका प्राथमिक स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू उपलब्ध छन् र निम्न सेवाहरू समावेश गर्छन्:

- शारीरिक र जाँच (खेलकूद र कायर्पाना जाँचहरू)
- खोपहरू
- दन्तसेवाहरू, सफाइ, सिलेन्टहरू, उपचार र
- एकस-रे मानसिक स्वास्थ्य
- एक्युट र अत्यावश्यक बिमारि वा सामान्य चोटपटकहरूको उपचार

विशेषतः तपाईंको बच्चासँग स्वास्थ्य कभरेज भए वा नभए पनि तपाईंले आफूले खर्च नगरी यी सेवाहरू तपाईंलाई प्रदान गरिनेछ। तपाईंको प्राथमिक स्याहार प्रदायक परिवर्तन गर्न आवश्यक हुँदैन र School Based Health Center कार्यक्रममा नामांकन भए बापत तपाईंलाई कुनै पनि रूपमा जरिवाना लगाइनेछैन।

स्वस्थकर बच्चा भनेको सिकाई र वृद्धिको मुख्य पाटो हो। हामी सम्भव भएसम्म स्वास्थ्य स्याहारमा पहुँचलाई सहज बनाइरहेका छौं। स्वास्थ्य स्याहारको कमीका कारण कुनै पनि बच्चाले शैक्षिक कठिनाईहरूको महसुस गर्नुहुन्न भन्ने बारे हामी पूर्ण विश्वास राख्छौं।

हामी बालबालिकाहरूको लागि यस स्वास्थ्य स्याहार कार्यक्रमको फाइदा उठाउन तपाईंलाई प्रोत्साहन गर्छौं। यदि तपाईंको बच्चासँग हाल बीमा छ भने, कोपे आवश्यक हुँदैन; हामी सेवाका लागि तपाईंको बीमा वाहकलाई बिल पठाउनेछौं। यदि तपाईंको बच्चा अभीमाकृत हो भने हामीले तपाईंको बच्चाको Child Health Plus योग्यता निर्धारण गर्न मद्दत गर्नेछौं। यदि तपाईंसँग बीमा छ भने, तपाईंले हामीलाई नामांकनको समयमा आफ्नो बच्चाको बीमा जानकारी उपलब्ध गराउन आवश्यक हुन्छ जसकारण कार्यक्रमद्वारा प्रदान गरिएका सेवाहरूका लागि हामी उचित रूपमा बिल बनाउन सक्छौं।

कृपया School Based Health Center Nurse Practitioner सँग कुरा गर्न माथि दिइएको टेलिफोन नम्बरमा फोन गर्नुहोस् वा हाम्रो वेबसाइट www.schcnny.com/sbhc मा जानुहोस्।

तपाईंको बच्चा सहभागी हुनु पूर्व कृपया प्याकेटमा संलग्नगिरएको फारामहरू भरेर तिनीहरूलाई तपाईंको बच्चाको स्कूलमा फिर्ता पठाउनुहोस्। तपाईंको समयको लागि धन्यवाद। तपाईंको समयको लागि धन्यवाद। हामी तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य स्याहार आवश्यकताहरू पूरा गर्ने अपेक्षा राख्छौं।

भवदीय,

Mark Hall
Interim President & CEO
Syracuse Community Health Center

भवदीय,

Jaime Alicea
Superintendent of
Syracuse City School District

विद्यालयको नाम: _____

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र	OSIS #: _____	मेडिकल रेकर्ड नं. _____
विद्यार्थीको जानकारी		आमाबुवा/अभिभावकको जानकारी
विद्यार्थीको थर: _____ विद्यार्थीको पहिलो नाम: _____ विद्यार्थीको बीचको नामको प्रथमाक्षर: _____ जन्म मिति: _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">महिना दिन वर्ष</div> विद्यार्थीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर: _____ विद्यार्थीको स्कूल: _____ लिङ्ग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला ग्रेड _____ जाति/जातियता: <input type="checkbox"/> हिस्पानिक/ल्याटिनो <input type="checkbox"/> काला <input type="checkbox"/> गोरा <input type="checkbox"/> अमेरिकी <input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> एशियाली/प्रशान्त द्वीपवासी <input type="checkbox"/> अन्य _____ प्राथमिकताको भाषा: _____ तपाईंको बच्चालाई अंग्रेजी भाषाको समस्या छ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन विद्यार्थीको ठेगाना: _____ अपार्टमेन्ट:# _____ <div style="text-align: center; font-size: small;"> सहर राज्य जिप कोड</div>		आमाको नाम थर: _____ पहिलो: _____ जन्ममिति: _____ बुवाको नाम थर: _____ पहिलो: _____ जन्ममिति: _____ कानूनी प्रतिनिधिको नाम (लागू भएमा) थर: _____ पहिलो: _____ जन्ममिति: _____ कानूनी अभिभावकको विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध <input type="checkbox"/> हजुरबुवा-हजुरआमा <input type="checkbox"/> अंटी वा अंकल <input type="checkbox"/> अन्य: _____ अभिभावक/आमाबुवाको लागि सम्पर्क जानकारी घरको टेलिफोन नं: _____ कार्यस्थलको टेलिफोन नं: _____ सेल: _____ इमेल: _____ अतिरिक्त आकस्मिक सम्पर्क नाम: _____ विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध: _____ घरको टेलिफोन नं: _____ कार्यस्थलको टेलिफोन नं: _____ सेल: _____
बीमा जानकारी		प्रदायकको जानकारी
तपाईंको बच्चासँग Medicaid छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ: Mediacaoid ID # _____ तपाईंको बच्चासँग Child Health Plus छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ: CHP ID# _____ कुन Medicaid/Child Health Plus Plan? <input type="checkbox"/> UHC Community Plan <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> अन्य _____ विद्यार्थीको तपाईंको रोजगारदाता वा अन्य कुनै प्रकारको बीमामार्फत कभरेज छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ स्वास्थ्य योजना: _____ सदस्यको ID/नीति नम्बर: _____ स्वास्थ्य योजनाको फोन नम्बरमा: _____ तपाईंको बच्चासँग दाँतको बीमा छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ, स्वास्थ्य योजना: _____ सदस्यको ID/नीति नम्बर: _____ स्वास्थ्य योजनाको फोन नम्बरमा: _____ तपालाई सामुदायिक संगठन वा न्युयोर्क राज्यद्वारा प्रमाणित न्युन-आय स्वास्थ्य बीमा योजनाका प्रतिनिधिद्वारा सम्पर्क गरयोस् भन्ने चाहनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन		विद्यार्थीको कुनै नियमित चिकित्सक हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो: नाम: _____ टेलिफोन: _____ ठेगाना: _____ विद्यार्थीको कुनै नियमित दन्त चिकित्सक हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो: नाम: _____ टेलिफोन: _____ ठेगाना: _____ कुनै पनि आवश्यक निर्धारित औषधिहरू फार्मसीमा विद्युतीय रूपमा पठाउनका लागि कृपया आफूलाई सुविधाजनक लाग्ने फार्मसी तोक्नुहोस्। फार्मसीको नाम: _____ फार्मसीको ठेगाना: _____ फार्मसीको टेलिफोन _____

बाकस 1. विद्यालयमा आधारित स्वास्थ्य केन्द्र सेवाहरूका लागि सहमति। सहमति। सहमति। नामांकन पूरा गर्न कृपया बाकस 1, 2, 3 मा हस्ताक्षर गर्नुहोस्

मैले विद्यालयमा आधारित स्वास्थ्य केन्द्रद्वारा उपलब्ध गराइएका सेवाहरू पढेको र बुझेको छु र मेरो हस्ताक्षरले SCHC विद्यालयमा आधारित स्वास्थ्य केन्द्रहरूद्वारा उपलब्ध गराइएका सेवाहरू मेरो बच्चा/बच्चाहरूलाई प्राप्त गर्न सहमति प्रदान गर्दछ। **ध्यान दिनुहोस्:** कानून अनुसार, आज्ञापित परीक्षण, प्राथमिक उपचारको आवेदन, अभिभावकीय सहमति, यौन क्रियाकलाप र गर्भ-निरोध सम्बन्धी सेवाहरू र विद्यार्थीको स्वास्थ्य जोखिममा भएको देखापर्ने अवस्थाका सेवाहरूका लागि अभिभावकीय सहमति आवश्यक पर्दैन।

18 वर्ष वा माथिको उमेरका विद्यार्थीहरू वा अभिभावक भएका वा कानूनी रूपमा बन्धनमुक्त भएका विद्यार्थीहरूलाई अभिभावकीय सहमति आवश्यक पर्दैन। मेरो हस्ताक्षरले मैले गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचनाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु भनी संकेत गर्दछ।

X _____
 आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर (वा यदि 18 वर्ष वा माथिको उमेरको वा कानूनद्वारा अनुमति दिइएकोमा विद्यार्थीको) **छापनुहोस्** **मिति**

बाकस 2. स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्नका लागि HIPPA उजुरी अभिभावकीय सहमति

मैले स्वास्थ्य जानकारी खुलासाको बारेमा यस फारामको पृष्ठ 2 मा पढेको र बुझेको छु। मेरो हस्ताक्षरले तोकिए अनुसार चिकित्सा सम्बन्धी जानकारी खुलासा गर्न मेरो सहमति भएको संकेत गर्दछ।

X _____
 आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर **छापनुहोस्** आमाबुवा/अभिभावकको नाम **मिति**
 (वा यदि 18 वर्ष वा माथिको उमेरको वा कानूनद्वारा अनुमति दिइएकोमा विद्यार्थीको)

बाकस 3: HEALTH E CONNECTIONS सहमति रोजाइ

मेरो सहमतिको छनोट: मेरो छनोटमा बायाँतिरको एउटा कोठामा चिन्ह लगाइएको छ। मैले यो फाराम अहिले वा भविष्यमा पूरा गर्न सक्नेछु। मैले कुनै पनि समयमा मेरो निर्णयलाई परिवर्तन गर्न सक्छु।

- मैले SCHC लाई स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू उपलब्ध गराउनका लागि मेस सबै विद्युतीय स्वास्थ्य जानकारी HealthConnections मार्फत पहुँच गर्न अनुमति दिन्छु।
- मैले आपतकालीन चिकित्सामा बाहेकमा HealthConnections मार्फत मेरो विद्युतीय स्वास्थ्य जानकारी पहुँच गर्न SCHC सँगको सहमति अस्वीकार गर्छु।
- मैले HealthConnections मार्फत कुनै पनि प्रयोजनको लागि मेरो विद्युतीय स्वास्थ्य जानकारी पहुँच गर्न *चिकित्सा आकस्मिक अवस्था भएता पनि* SCHC सँगको सहमति अस्वीकार गर्छु।

X _____
 आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर **छापनुहोस्** आमाबुवा/अभिभावकको नाम **मिति**

विद्यालयमा आधारित स्वास्थ्य केन्द्र सेवाहरूका लागि सहमति।

मैले मेरो बच्चा/बच्चाहरूलाई निम्न सहित SCHC विद्यालयमा आधारित स्वास्थ्य केन्द्र कार्यक्रमको कर्मचारीद्वारा स्वास्थ्य/दन्त/मानसिक स्वास्थ्य स्याहारका सेवाहरू प्राप्त गर्न मेरो सहमति प्रदान गर्दछु:

- पूर्ण शारीरिक जाँचहरू (आज्ञापित शारीरिक, स्पोर्ट्स शारीरिक, काम गर्ने कागजहरू)
- प्राथमिक उपचार र एक्स्युट बिमारीको मूल्याङ्कन, आवश्यक हुँदा निर्धारित औषधिहरू
- बिमारी वा संक्रमण पत्ता लगाउन आवश्यक हुँदा प्रयोगशाला परीक्षणहरू
- सुनाइ, दृश्यात्मक, स्कोलियोसिस र रक्तचापको स्क्रिनिङ
- खोप र एलर्जीका सुईहरू (एलर्जीसम्बन्धी विशेषज्ञको आदेशमा)
- दन्त परीक्षण, फ्लोराइड उपचार, प्रोफाइलक्सिस (सरसपाई), सेलान्ट, एक्स-रेहरू, शिक्षा तथा परामर्श
- छालाका समस्याहरूको स्याहार
- मानसिक स्वास्थ्य परामर्श
- स्वास्थ्य शिक्षा, पोषण र तौलको परामर्श
- विद्यालय र व्यक्तिगत समस्याहरूमा परामर्श
- विद्यालय-आधारित स्वास्थ्य केन्द्रमा उपलब्ध नगराइएका स्याहारका लागि बाहिरी संस्थाहरू (विशेषज्ञ, परामर्शदाताहरू आदि) को सिफारिस।

किशोर-किशोरीहरूलाई प्रस्ताव गरिने अतिरिक्त सेवाहरूमा निम्न समावेश हुन्छन्:

- मदिरा तथा लागूपदार्थ दुर्व्यसनी र रोकथामका परामर्श तथा पारिवारिक परामर्श
- यौवन, समकक्षीको दबाव, सञ्चार तथा जिम्मेवार निर्णय निर्माण (निर्देशिकाहरूका अनुसार) का सम्बन्धमा परामर्श
- आवश्यक हुँदा वा आमा बुवा वा अभिभावकको अनुरोधमा मध्यपान त्याग र गर्भनिरोध सहितका गर्भनिरोधका विकल्पहरूमा परामर्श

मैले मेरो निर्दिष्ट बीमा वाहकलाई दाबीहरूका लागि आवश्यक चिकित्सा/दन्त/मानसिक स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्नका लागि अधिकार प्रदान गरदछु र बीमा भुक्तानीहरू Syracuse Community Health Center, Inc मार्फत पठाउन निर्देशन दिन्छु।

मेरो बच्चाको प्राथमिक स्याहार प्रदायक (Primary Care Provider, PCP)/दन्त चिकित्सक SCHC सँग सम्बद्ध छैनन् भने, मैले अन्यथा उल्लेख नगरिँदासम्म मेरो बच्चाको PCP र विशेषज्ञता स्वास्थ्य स्याहार अभ्यासहरूसँग र बाट चिकित्सा जानकारी खुलासा गर्न अधिकार प्रदान गर्दछु। आवश्यक हुँदा र न्यूयोर्क राज्य कानूनले अनुमति दिए अनुरूप जानकारी साझा गर्नको लागि प्रदर्शित आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीलाई Syracuse City School District को परिचारिका र सम्बद्ध कर्मचारीसँग साझा गर्न सकिनेछ।

न्यूयॉर्क राज्य कानून अनुसार अभिभावकीय सहमति आवश्यक हुने कुनै पनि उपचारका गर्नका लागि अग्रिम रूपमा मलाई सम्पर्क गर्न सबै प्रयत्नहरू गरिनेछन् भनी म बुझ्दछु। न्यूयॉर्क राज्य कानून अनुसार मदिरा/लागूपदार्थ दुर्यसनी, मानसिक स्वास्थ्य परामर्श, यौन संक्रामक रोग, गर्भावस्था वा कन्ट्रासेप्सनसँग सम्बन्धित उपचार वा सुझावका लागि अभिभावकीय सहमति आवश्यक पर्दैन। SCHC को विद्यालयमा आधारित केन्द्र कार्यक्रमहरूले अभिभावकीय संलग्नतालाई महत्त्वपूर्ण रूपमा स्थान दिन्छ। साथसाथै, कर्मचारीले हरेका विद्यार्थीलाई आफ्ना आमाबुवा वा अभिभावकहरूलाई सबै परामर्श तथा चिकित्सा/दन्त स्याहारका निर्णयहरूमा संलग्न गराउन प्रोत्साहित गर्नुहुन्छ।

स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्नका लागि HIPPA उजुरी अभिभावकीय सहमति

यस सहमति फाराममा हस्ताक्षर गरेर हामीले सहमति जनाएका तलका कुनै पनि निर्दिष्ट प्रतिबन्धहरू बाहेक उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालनहरूका लागि तपाईं/तपाईंको बच्चाको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्ने अनुमति हामीलाई प्रदान गर्नुहुन्छ। *सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी* तपाईंलाई उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य स्याहार सेवा उपलब्ध गराउनका लागि तपाईंको शारीरिक/दन्त वा मानसिक स्वास्थ्य र तपाईं/तपाईंको बच्चालाई मेडिकल/दन्त/परामर्श सेवाहरू उपलब्ध गराउनका लागि भुक्तानी संकलनसँग सम्बन्धित जनसांख्यिकीय जानकारी सहित हामीले सिर्जना गरेको वा प्राप्त गरेको व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारी हो।

हाम्रो गोपनीयता अभ्यासको सूचनाले तपाईं/तपाईंको बच्चाको बारेमा सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारीलाई हामीले कसरी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने जानकारी प्रदान गर्दछ। तपाईंले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुपूर्व तपाईंसँग यसको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ। यो सहमति फाराममा हस्ताक्षर गरेर, तपाईंले हाम्रो *गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना* प्राप्त गर्नुभयो/यसबारे अवगत हुनुहुन्छ भन्ने कुरा स्वीकार गर्नुहुन्छ।

तपाईंसँग हामीले तपाईं/तपाईंको बच्चासँग सम्बन्धित सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारीलाई उपचार, भुक्तानी वा स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालनहरूको लागि कसरी प्रयोग वा खुलासा गर्छौं भन्ने बारेमा प्रतिबन्ध गर्न अनुरोध गर्ने अधिकार हुन्छ। *हामीले कुनै पनि प्रतिबन्धको अनुरोधलाई स्वीकार गर्नुपर्छ भन्ने छैन तर हामीले गर्दौं भने हामी सम्झौतामा बाँधिन्छौं*। यदि तपाईं प्रतिबन्ध लगाउने इच्छा राख्नुहुन्छ भने, कृपया हाम्रो प्रतिबन्ध अनुरोध फारामको प्रतिलिपिका लागि अनुरोध गर्नुहोस्।

यदि तपाईंले यो सहमति फाराममा हस्ताक्षर गर्नुहुन्छ भने, इजाजतप्राप्त स्वास्थ्य स्याहार पेशेवरले तपाईं/तपाईंको बच्चालाई आकस्मिक उपचार आवश्यक छ भनी निर्धारण नगरेमा वा तपाईं/तपाईंको बच्चाको उपचार गर्न कानूनले हामीलाई आवश्यक ठहर नगरेमा हामीसँग तपाईंको उपचार बहिष्कार गर्ने अधिकार छ। तपाईंको सहमति प्राप्त बिना नै हामीले उपचार सुरु गर्ने कुनै पनि अवस्थाहरूको अभिलेख राख्न हामीलाई आवश्यक हुन्छ। तपाईंले यो सहमति फाराममा हस्ताक्षर नगर्ने निर्णय गर्नुहुन्छ भने हामी तपाईंलाई यस कागजातको एक प्रति प्रदान गर्नेछौं।

हामीले तपाईंको पूर्व सहमतिको भरोसामा पहिले नै खुलासाहरू गरेको बाहेक तपाईंसँग लिखित रूपमा यो सहमति रद्द गर्ने अधिकार हुन्छ। तपाईंले सहमति रद्दका लागि अनुरोध गर्ने प्रयोजनका लागि हाम्रो जानकारी खुलासा अधिकार फाराम (Authorization for Release of Information Form) प्रयोग गर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ वा तपाईंले हामीलाई लिखित पत्र पठाउन सक्नुहुन्छ।

म बुझ्दछु कि मेरो बच्चाको स्याहारको अभिलेख राख्न फोटोग्राफ, भिडियोटेप, डिजिटल वा अन्य छविहरू रेकर्ड गर्न सकिनेछ र म यसका लागि सहमति जनाउँछु। मेरो तथा मेरो कानूनी प्रतिनिधिबाट लिखित अनुमतिद्वारा मात्रै मेरो पहिचान गर्ने छविहरू खुलासा गरिनेछ र/वा संस्थाको बाहिर प्रयोग गरिनेछ।

HEALTH E CONNECTIONS सहमति रोजाइ

मेरो स्याहार र उपचारसँग सम्बन्धित स्वास्थ्य जानकारीलाई यस फाराममा उल्लेख गरिए अनुसार पहुँच गरीयोस् भन्ने अनुरोध गर्दछु।

मैले **HealthConnections** भनिने स्वास्थ्य जानकारी आदान-प्रदान संस्था मार्फत मेरा चिकित्सा अभिलेखहरूमा पहुँच प्राप्त गर्न

Syracuse Community Health Center लाई अनुमति दिने वा नदिने भन्ने छनोट गर्न सक्छु। मैले सहमति दिएमा मैले स्वास्थ्य स्याहार

प्राप्त गरेका विभिन्न स्थानहरूका मेरा चिकित्सा अभिलेखहरूमा राज्यव्यापी कम्प्युटर नेटवर्कको प्रयोग गरी पहुँच गर्न सकिनेछ।

HealthConnections एक गैर-नाफामूलक संस्था हो जसले मानिसहरूको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीलाई विद्युतीय माध्यमबाट साझा गर्छ र

HIPAA र न्यूयॉर्क राज्य कानूनको गोपनीयता र सुरक्षा मानदण्डहरू पूरा गर्छ। सहमति फारामको बारेमा थप जान्न र यस बारे पूर्ण

विवरणहरूका लागि <http://healthconnections.org/who-we-serve/patients/> मा हेर्नुहोस् वा आफ्नो विद्यालयको परिचारिका अभ्यासकर्तासँग

फारामको अनुरोध गर्नुहोस्। मैले फाराम पूरा गरी मैले आपतकालीन चिकित्सामा *पनि* सहमति अस्वीकार गर्दछु भन्ने उल्लेख गरिएको कोठा

#3 मा चिन्ह नलगाउँदासम्म आपतकालीन अवस्थामा मेरो जानकारी पहुँच गरिएको हुनसक्छ।

मैले गर्ने छनोटले मैले प्राप्त गर्ने चिकित्सा स्याहारको क्षमतालाई प्रभाव पार्ने छैन। मैले फाराममा गर्ने छनोटले स्वास्थ्य बीमाका लागि मलाई

स्वास्थ्य बीमा कभरेज उपलब्ध गराउने वा नगराउने वा चिकित्सा बिलहरूको भुक्तानी गर्ने वा नगर्ने भन्ने प्रयोजनको लागि निर्णय गर्न मेरो

जानकारीमा पहुँच गर्न अनुमति दिने छैन।

आधारभूत स्वास्थ्य इतिहास

बच्चाको नाम	जन्ममिति (महिना/दिन/वर्ष)	ग्रेड	स्कूल
--------------------	----------------------------------	--------------	--------------

आदरणीय आमाबुवा/अभिभावक: तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य हाम्रा लागि महत्त्वपूर्ण छ। तपाईंको बच्चाको जारी स्याहारका स्वास्थ्य स्याहार आवश्यकताहरू र आकस्मिक अवस्थालाई अझ राम्रोसँग बुझ्न, कृपया निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

एलर्जीहरू:	होइन	हो
के तपाईंको बच्चालाई कुनै औषधिको एलर्जी छ? यदि छ भने, कृपया उल्लेख गर्नुहोस्:		
के तपाईंको बच्चालाई कुनै खानेक्राको एलर्जी छ? यदि छ भने, कृपया उल्लेख गर्नुहोस्:		
यदि छ भने, तपाईंको बच्चासँग एपि-पेन छ?		
तपाईंको बच्चालाई गम्भीर वा दीर्घकालीन स्वास्थ्य समस्याहरू भएको छ?	छैन	छ
दमरोग		
ध्यान केन्द्रितमा असन्तुलन		
डिप्रेसन वा व्यग्रता (यदि छ भने, एउटा वा दुबैमा गोलो लगाउनुहोस्)		
मुटुमा असामान्य आवाज आउने इतिहास		
सिजर डिसअर्डर		
सिकल कोष रक्तअल्पता		
अन्य:		
के तपाईंको बच्चाले नियमित कुनै औषधि सेवन गर्नुहुन्छ? यदि सेवन गर्नुहुन्छ भने, कृपया नाम(हरू) र मात्रा(हरू) उल्लेख गर्नुहोस्।		
तपाईंको बच्चालाई कहिल्यै पनि अस्पतालमा भर्ना वा शल्यक्रिया गरिएको थियो? यदि गरिएको थियो भने, के-को लागि?		
तपाईंको बच्चालाई कहिल्यै पनि चिकेन पोक्स रोग लागेको छ? यदि लागेको छ भने, उमेर _____ वर्ष _____		

परिवारका कुनै पनि सदस्यहरू, जीवित वा मृत्यु भइसकेका, निम्नबाट ग्रसित हुनुहुन्थ्यो? लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्	आमा	बुबा	सहोदर	हजुरबुबा हजुरआमा
दमरोग				
मधुमेह मेलिटस				
45 वर्षको उमेर अघि हृदय घात वा आघात				
उच्च कोलेस्ट्रॉल				
सुर्ती सिगरेट/सिगार धुमपान गर्ने				
अन्य:				

बच्चा धैरजसो समय कोसँग बस्नुहुन्छ? लागू हुने सबैमा गोलो लगाउनुहोस्:				
दुबै आमाबुवा	आमा मात्र	बुबा मात्र	सौतेनी आमा	सौतेनी बुवा
हजुरबुवा-हजुरआमा/अन्य नातेदार वयस्क:	दिदीबहिनी र दाजुभाईहरू: उमेर _____	अन्य बालबालिका: उमेर _____	फोस्टर आमाबुवा	अन्य अभिभावक
विगतको वर्षमा, तपाईंको परिवारमा कुनै पनि परिवर्तनहरू भएका छन्? लागू हुने सबैमा गोलो लगाउनुहोस्:				
विवाह	खण्डन	सम्बन्ध विच्छेद हुने	काम गुम्ने	नयाँ छिमेकमा सर्ने
नयाँ विद्यालय	जन्महरू	गम्भीर बिमारी	मृत्यु	अन्य

NYS स्वास्थ्य विभागलाई हामीले क्षयरोग र लिड उन्मत्तताको जोखिम बारे निम्न प्रश्नहरू सोध्न आवश्यक पर्छ।	होइन	हो
तपाईंको बच्चालाई कहिल्यै पनि क्षयरोग भएको छ वा क्षयरोगको लागि सकारात्मक छाला परीक्षण गरिएको छ? यदि छ भने, उमेर _____ वर्ष।		
के तपाईंको बच्चा क्षयरोग (TB) भएको कुनै व्यक्तिको सम्पर्कमा आउनुभएको छ? यदि हो भने: कहिले? _____ को?		
के तपाईंको बच्चा सकारात्मक TB छाला परीक्षण गरिएको व्यक्तिसँग नजिकैको सम्पर्कमा आउनु भएको छ वा बस्नु भएको छ? हो भने कहिले? _____ को?		
के तपाईंको बच्चा 5 वर्ष भन्दा कमको लागि संयुक्त राज्य अमेरिकामा बस्नु भएको छ? यदि हो भने: कहाँ? _____		
के तपाईंको बच्चाले एक महिना भन्दा बढिको लागि यु.एस. भन्दा बाहिर यात्रा गर्नुभएको छ? गर्नुभएको छ भने, उमेर _____ कहाँ? _____		
तपाईंको बच्चा हैटी, मेक्सिको, पाकिस्तान, डोमिनिकन गणतान्त्रिक वा बंगलादेशमा जानुभएको वा त्यहाँबाट आयातित उत्पादनहरू (भावशून्य कविता, पारम्परिक औषधोपचार, कस्मेटिक, खाना वा मसलाहरू) प्रयोग गर्नुभएको छ?		

आफ्नो बच्चाको बारेमा तपाईंसँग भएका कुनै पनि सरोकारहरूको बारेमा हामीलाई बताउन कृपया तलको खाली ठाउँ प्रयोग गर्नुहोस्।

तपाईंको बच्चा एकदमै बिमारी हुनुहुन्छ र विद्यालय छोड्न वा आकस्मिक स्याहार खोज्न आवश्यक हुन्छ भने हामीले सधैं तपाईंलाई सूचित गर्नेछौं। कृपया तपाईंको सम्पर्क जानकारीमा कहिल्यै पनि परिवर्तनहरू हुन्छन् भने सधैं हामीलाई सूचित गर्नुहोस्। हामीले फोन गरेर वा तपाईंको बच्चासँग तपाईंलाई घरमा पत्र पठाएर तपाईंलाई सूचित गर्नको लागि हाम्रो उत्कृष्ट प्रयास गर्नेछौं।

आजको मिति (महिना/दिन/वर्ष) _____ नाम _____

हस्ताक्षर

बच्चासँगको नाता

(बच्चा फोस्टर स्याहारमा हुनुहुन्छ भने चिह्न लगाउनुहोस् □)