

School-Based Health Center PROGRAM



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

Trường Dr. King Magnet	315-435-4031
Trường Dr. Weeks	315-435-4030
Trường tiểu học Delaware	315-435-4452
Trường W.S.A at Blodgett	315-435-6431
Trường trung học Fowler	315-435-4410
Trường H. W. Smith	315-435-6266
Trường phổ thông cơ sở Grant	315-435-4040
Trường Franklin Magnet	315-435-4102

Thân gửi quý vị phụ huynh/người giám hộ:

Chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính toàn diện đến con em của quý vị tại trường học.

Syracuse Community Health Center, Inc. và Học khu thành phố Syracuse cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe y tế, nha khoa và tâm thần tại trường học của con em quý vị thông qua các chương trình của *Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học*.

Có đầy đủ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và bao gồm các dịch vụ sau:

- Thẻ chất và khám sức khỏe tổng quát (thể thao và kiểm tra chứng nhận sức khỏe)
- Chủng ngừa
- Dịch vụ nha khoa, làm sạch răng, trám răng, điều trị và chụp X quang
- Sức khỏe tâm thần
- Điều trị các bệnh cấp tính và khẩn cấp hoặc chấn thương nhẹ.

Trên hết, chúng tôi cung cấp những dịch vụ này nhưng không tính chi phí trực tiếp cho quý vị cho dù con em của quý vị có bảo hiểm sức khỏe hay không. *Quý vị không cần thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính và sẽ không bị phạt theo BẤT KỲ HÌNH THỨC NÀO khi đăng ký tham gia chương trình Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học.*

Một đứa trẻ khỏe mạnh là điều then chốt để học tập và phát triển. Chúng tôi giúp cho việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe thuận tiện nhất có thể. Chúng tôi tin tưởng mạnh mẽ rằng sẽ không có trẻ em nào gặp phải khó khăn về học tập vì thiếu dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Chúng tôi khuyến khích quý vị tận dụng chương trình chăm sóc sức khỏe này cho con em của quý vị. Nếu con em của quý vị hiện đang có bảo hiểm, quý vị không cần phải sử dụng lựa chọn đồng thanh toán; chúng tôi sẽ gửi hóa đơn dịch vụ cho công ty bảo hiểm của quý vị. Nếu con em của quý vị không có bảo hiểm, chúng tôi sẽ giúp quý vị xác định tình trạng đủ điều kiện nhận Child Health Plus cho trẻ. Nếu quý vị có bảo hiểm, việc quan trọng là quý vị cung cấp cho chúng tôi thông tin bảo hiểm của con em quý vị khi đăng ký tham gia để chúng tôi có thể tính hóa đơn một cách thích hợp cho các dịch vụ đã cung cấp bởi chương trình.

Vui lòng gọi cho số điện thoại ở trên tại trường học của con em quý vị để nói chuyện với Nhân viên Y tá Thực hành của Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.schcny.com/sbhc.

Trước khi con em của quý vị có thể tham gia, vui lòng hoàn thành đơn đi kèm trong gói tài liệu và gửi lại cho trường học của con em quý vị. Cảm ơn quý vị đã dành thời gian. Chúng tôi mong muốn được phục vụ cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của con em quý vị.

Trân trọng,

Leola Rodgers
Chủ tịch và CEO
họcSyracuse Community Health Center

Trân trọng,

Jaime Alicea
Người quản lý trường
Học khu thành phố Syracuse

Tên trường: _____

Chỉ sử dụng bởi văn phòng OSIS #: _____	Số hồ sơ y tế _____
THÔNG TIN HỌC SINH	
Họ của học sinh: _____ Tên của học sinh: _____ Tên đệm của học sinh: _____ Ngày sinh: ____/____/____ <small style="margin-left: 40px;">Tháng Ngày Năm</small> Số an sinh xã hội của học sinh: _____ Trường học của học sinh: _____ Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Lớp _____ Chủng tộc/ Dân tộc: <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha-Bồ Đào Nha/Latin <input type="checkbox"/> Da Đen <input type="checkbox"/> Da Trắng <input type="checkbox"/> Thổ dân Châu Mỹ <input type="checkbox"/> Châu Á/Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác _____ Ngôn ngữ ưa dùng: _____ Con của quý vị có gặp khó khăn với tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Địa chỉ của học sinh: _____ Căn hộ:# _____ <small style="margin-left: 40px;">Thành phố Tiểu bang Mã Zip</small>	THÔNG TIN VỀ PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ Tên của mẹ Họ: _____ Tên: _____ Ngày sinh: _____ Tên của cha Họ: _____ Tên: _____ Ngày sinh: _____ Tên của người giám hộ hợp pháp, nếu có thể áp dụng Họ: _____ Tên: _____ Ngày sinh: _____ Mối quan hệ của người giám hộ hợp pháp với học sinh <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Cô hoặc chú <input type="checkbox"/> Khác: _____ Thông tin liên hệ cho phụ huynh hoặc người giám hộ Điện thoại nhà riêng: _____ Điện thoại nơi làm việc: _____ Điện thoại di động: _____ Email: _____ Liên hệ bổ sung khi khẩn cấp Tên: _____ Mối quan hệ với học sinh: _____ Điện thoại nhà riêng: _____ Điện thoại nơi làm việc: _____ Điện thoại di động: _____
THÔNG TIN BẢO HIỂM	
Con của quý vị có bảo hiểm Medicaid không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Medicaid ID # _____ Con của quý vị có bảo hiểm Child Health Plus không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: CHP ID# _____ Chương trình Medicaid/Child Health Plus nào? <input type="checkbox"/> UHC Community Plan <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Khác _____ Học sinh có bảo hiểm sức khỏe thông qua nhà tuyển dụng của quý vị hoặc bất kỳ kiểu bảo hiểm nào khác không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Chương trình sức khỏe: _____ ID thành viên/Số hợp đồng bảo hiểm: _____ Số điện thoại của chương trình sức khỏe: _____ Con của quý vị có bảo hiểm nha khoa không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, Chương trình nha khoa: _____ ID thành viên/Số hợp đồng bảo hiểm: _____ Số điện thoại của chương trình sức khỏe: _____ Quý vị có muốn nhân viên của một tổ chức cộng đồng hoặc một chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho người thu nhập thấp đã được phê duyệt của Tiểu bang NY liên hệ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	THÔNG TIN NHÀ CUNG CẤP Học sinh có bác sĩ thường xuyên không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Tên: _____ Điện thoại: _____ Địa chỉ: _____ Học sinh có nha sĩ thường xuyên không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Tên: _____ Điện thoại: _____ Địa chỉ: _____ Vui lòng cho biết hiệu thuốc nào thuận tiện cho quý vị, để gửi đơn thuốc theo đường điện tử đến hiệu thuốc. Tên hiệu thuốc: _____ Địa chỉ hiệu thuốc: _____ Điện thoại hiệu thuốc: _____
KHUNG 1. SỰ CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH CHO DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM SỨC KHỎE CHO TRƯỜNG HỌC. Vui lòng ký vào khung 1 và 2 để hoàn thành đăng ký	
Tôi đã đọc và hiểu các dịch vụ do Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học cung cấp và chữ ký của tôi là sự chấp thuận cho con tôi nhận các dịch vụ do Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học SCHC cung cấp. GHI CHÚ: Theo luật, không cần phải có sự chấp thuận của phụ huynh để thực hiện khám tầm soát, đăng ký điều trị sơ cứu, chăm sóc trước khi sinh, các dịch vụ liên quan đến hành vi tình dục và ngừa thai, và việc cung cấp dịch vụ ở những nơi sức khỏe của học sinh có vẻ như gặp nguy hiểm. Không cần phải có sự chấp thuận của phụ huynh cho học sinh từ 18 tuổi trở lên hoặc cho học sinh đã là cha mẹ hoặc đã sống độc lập một cách hợp pháp. Chữ ký của tôi cho biết tôi đã nhận được bản sao Thông Báo Về Thực Hiện Quyền Riêng Tư. X Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ (hoặc của học sinh từ 18 tuổi trở lên hoặc được luật pháp cho phép) _____ Ngày _____ Viết in _____	
KHUNG 2. SỰ CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH CHO PHÉP GỬI ĐI THÔNG TIN SỨC KHỎE TUÂN THỦ HIPAA	
Tôi đã đọc và hiểu việc gửi đi thông tin sức khỏe trên trang 2 của đơn này. Chữ ký của tôi cho biết sự chấp thuận của tôi cho phép gửi đi thông tin sức khỏe như đã định. X Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ _____ TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ VIẾT IN _____ Ngày _____ (hoặc của học sinh từ 18 tuổi trở lên hoặc được luật pháp cho phép)	
KHUNG 3: LỰA CHỌN CHẤP THUẬN HEALTH E CONNECTIONS	
Lựa chọn chấp thuận của tôi. Đánh dấu MỘT ô bên trái lựa chọn của tôi. Tôi có thể điền thông tin vào đơn này bây giờ hoặc sau này. Tôi cũng có thể thay đổi quyết định bất kỳ lúc nào.	

- TÔI CHẤP THUẬN cho SCHC truy cập TẤT CẢ thông tin sức khỏe điện tử của tôi thông qua HealthConnections để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- TÔI TỪ CHỐI SỰ CHẤP THUẬN TRỪ KHI CÓ TÌNH HUỐNG KHẨN CẤP Y TẾ để SCHC truy cập thông tin sức khỏe điện tử thông qua HealthConnections.
- TÔI TỪ CHỐI SỰ CHẤP THUẬN để SCHC truy cập thông tin sức khỏe điện tử của tôi thông qua HealthConnections vì bất kỳ lý do gì, *ngay cả trong tình huống khẩn cấp y tế.*

X

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ

TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ VIẾT IN

Ngày

SỰ CHẤP THUẬN CHO CÁC DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM SỨC KHỎE CHO TRƯỜNG HỌC

Tôi chấp thuận để con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe/nha khoa/sức khỏe tâm thần bởi nhân viên của chương trình Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học của SCHC, bao gồm:

- Hoàn thành kiểm tra thể chất (thể chất bắt buộc, thể chất thể thao, giấy tờ xác nhận)
- Sơ cứu và đánh giá bệnh cấp tính, đơn thuốc khi cần thiết.
- Xét nghiệm khi cần thiết để phát hiện bệnh hoặc sự truyền nhiễm
- Kiểm tra tầm soát cho thính giác, thị giác, chứng vẹo cột sống và huyết áp
- Chủng ngừa và tiêm chữa dị ứng (theo yêu cầu của bác sĩ dị ứng)
- Khám tầm soát nha khoa, điều trị bằng florua, phòng bệnh (làm sạch răng), trám răng, chụp X quang, giáo dục và tư vấn
- Các vấn đề chăm sóc da
- Tư vấn sức khỏe tâm thần
- Giáo dục về sức khỏe, dinh dưỡng và tư vấn về cân nặng
- Tư vấn cho các vấn đề cá nhân và ở trường học
- Giới thiệu đến các đại lý bên ngoài (bác sĩ chuyên khoa, chuyên gia tư vấn, v.v.) cho những dịch vụ mà Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học không cung cấp.

Các dịch vụ bổ sung được cung cấp cho học sinh tuổi thanh thiếu niên bao gồm:

- Tư vấn về phòng ngừa và lạm dụng rượu và thuốc, tư vấn gia đình
- Tư vấn về tuổi dậy thì, áp lực từ bạn bè, giao tiếp và ra quyết định có trách nhiệm (tuân theo hướng dẫn)
- Tư vấn về các lựa chọn ngừa thai, bao gồm tiết chế và tránh thụ thai, khi cần thiết hoặc theo yêu cầu của phụ huynh hoặc người giám hộ

Tôi cho phép gửi đi thông tin cần thiết về y tế/nha khoa/sức khỏe tâm thần đến công ty bảo hiểm đã chỉ định của tôi để yêu cầu bảo hiểm, và yêu cầu mọi khoản thanh toán bảo hiểm cho Syracuse Community Health Center, Inc.

Nếu nhà cung cấp bảo hiểm chính (PCP)/Nha sĩ của con tôi không có mối quan hệ liên kết với SCHC, tôi cho phép gửi thông tin y tế đến PCP của con tôi (được cung cấp trên đơn đăng ký của Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học), trừ khi có chỉ định khác.

Tôi hiểu rằng trung tâm sẽ nỗ lực hết sức để liên hệ với tôi trước khi thực hiện bất kỳ điều trị nào yêu cầu sự chấp thuận của phụ huynh theo Luật của Tiểu bang New York. Luật của Tiểu bang New York không yêu cầu sự chấp thuận của phụ huynh cho việc điều trị hoặc tư vấn về lạm dụng rượu/thuốc, tư vấn về sức khỏe tâm thần, các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục, thai nghén và tránh thụ thai. Nhân viên của chương trình Trung Tâm Sức Khỏe Cho Trường Học của SCHC coi sự tham gia của phụ huynh là điều rất quan trọng. Vì vậy, nhân viên sẽ khuyến khích mọi học sinh yêu cầu sự tham gia của cha mẹ mình hoặc người giám hộ trong mọi hoạt động tư vấn và quyết định chăm sóc y tế/nha khoa.

SỰ CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH CHO PHÉP GỬI ĐI THÔNG TIN SỨC KHỎE TUÂN THỦ HIPAA

Bằng việc ký vào đơn chấp thuận này, quý vị cho phép chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ về quý vị/con quý vị để điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe ngoại trừ bất kỳ giới hạn nào được quy định dưới đây mà chúng tôi đã đồng ý. *Thông tin sức khỏe được bảo vệ* là thông tin có thể định danh cá nhân mà chúng tôi tạo ra hoặc nhận được, bao gồm thông tin nhân khẩu học, liên quan đến sức khỏe thể chất/nha khoa hoặc tâm thần của quý vị, đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, và đến việc truy thu các khoản thanh toán cho việc cung cấp dịch vụ y tế/nha khoa/tư vấn cho quý vị/con quý vị.

Thông Báo Về Thực Hiện Quyền Riêng Tư cung cấp thông tin về cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ về quý vị/con quý vị. Quý vị có quyền nhận được một bản sao trước khi ký Đơn chấp thuận này. Bằng việc ký vào đơn chấp thuận này, quý vị xác nhận rằng quý vị đã nhận/đã được cho biết về Thông Báo Về Thực Hiện Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ về quý vị/con quý vị cho việc điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe. *Chúng tôi không được yêu cầu phải đồng ý với bất kỳ hạn chế nào, nhưng nếu chúng tôi đồng ý, chúng tôi chịu ràng buộc bởi thỏa thuận của chúng ta.* Nếu quý vị muốn đưa ra hạn chế, vui lòng yêu cầu bản sao Đơn Yêu Cầu Hạn Chế của chúng tôi.

Nếu quý vị không ký vào Đơn chấp thuận này, chúng tôi có quyền từ chối điều trị cho quý vị, trừ khi có chuyên gia chăm sóc sức khỏe có giấy phép xác định rằng quý vị/con quý vị yêu cầu điều trị khẩn cấp hoặc luật pháp yêu cầu chúng tôi điều trị cho quý vị/con quý vị. Chúng tôi được yêu cầu lập tài liệu cho bất kỳ tình huống nào mà chúng tôi không nhận được sự chấp thuận của quý vị, nhưng vẫn thực hiện việc điều trị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao tài liệu này nếu quý vị quyết định không ký vào Đơn chấp thuận.

Quý vị có quyền thu hồi sự chấp thuận này bằng văn bản, trừ khi chúng tôi đã thực hiện việc tiết lộ dựa trên sự tín nhiệm của quý vị trong chấp thuận trước đây của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu sử dụng Đơn Cho Phép Gửi Đi Thông Tin của chúng tôi cho mục đích yêu cầu sự thu hồi của quý vị, hoặc đơn giản là quý vị có thể gửi thư văn bản.

Tôi hiểu rằng trung tâm có thể chụp ảnh, quay video, lưu dữ liệu số hoặc ảnh khác để ghi chép tài liệu về việc chăm sóc cho con của tôi, và tôi đồng ý với việc này. Hình ảnh nhận diện ra tôi sẽ được gửi đi và/hoặc sử dụng bên ngoài tổ chức chỉ khi có sự cho phép bằng văn bản của tôi hoặc người đại diện hợp pháp của tôi.

THÔNG TIN CHẤP THUẬN HEALTH E CONNECTIONS

Tôi yêu cầu được truy cập thông tin sức khỏe về việc chăm sóc và điều trị của tôi như đã nêu trên đơn này. Tôi có thể quyết định cho phép hay không cho phép **Syracuse Community Health Center** nhận quyền truy cập hồ sơ y tế của tôi thông qua tổ chức trao đổi thông tin sức khỏe có tên là **HealthConnections**. Nếu tôi chấp thuận, trung tâm có thể truy cập hồ sơ y tế của tôi

từ các địa điểm khác nhau nơi tôi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua hệ thống mạng máy tính trên toàn tiểu bang. HealthConnections là một tổ chức phi lợi nhuận, chia sẻ thông tin về sức khỏe của con người trên phương tiện điện tử và đáp ứng các tiêu chuẩn bảo mật và quyền riêng tư của HIPAA và Luật của Tiểu bang New York. Để tìm hiểu thêm, vui lòng truy cập <http://healthconnections.org/>. Thông tin của tôi có thể được truy cập trong trường hợp khẩn cấp, trừ khi tôi hoàn thành đơn này và ô đánh dấu #3, ở đó tuyên bố tôi từ chối sự chấp thuận *ngay cả khi* có tình huống cấp cứu y tế.

Lựa chọn tôi đưa ra sẽ KHÔNG ảnh hưởng đến khả năng nhận dịch vụ chăm sóc y tế của tôi. Lựa chọn tôi đưa ra trên đơn này KHÔNG cho phép công ty bảo hiểm sức khỏe có được quyền truy cập thông tin của tôi vì mục đích ra quyết định cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho tôi hoặc thanh toán cho hóa đơn y tế của tôi.

LỊCH SỬ SỨC KHỎE CƠ BẢN

TÊN CỦA HỌC SINH	NGÀY SINH (mm/dd/yyyy)	LỚP TRƯỜNG
------------------	------------------------	------------

Thân gửi quý vị phụ huynh/người giám hộ: Sức khỏe của con quý vị là điều quan trọng đối với chúng tôi. Để hiểu rõ hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe của con quý vị cho dịch vụ chăm sóc tiếp diễn và trong trường hợp khẩn cấp, vui lòng trả lời các câu hỏi sau.

Dị ứng:	Không	Có
Con quý vị có bị dị ứng với bất kỳ loại thuốc nào không? Nếu có, vui lòng chỉ rõ:		
Con quý vị có bị dị ứng với bất kỳ loại thực phẩm nào không?		
Nếu có, con quý vị có dùng Epi-pen không?		
Con quý vị có gặp phải các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hoặc mạn tính không?	Không	Có
Hen suyễn		
Rối loạn tăng động giảm chú ý		
Trầm cảm hoặc Lo âu (khoanh tròn một hoặc nhiều)		
Tiền sử bệnh tim mạch		
Rối loạn co giật		
Thiếu máu hồng cầu hình liềm		
Khác:		
Con quý vị có thường xuyên dùng thuốc không? Nếu có, vui lòng cho biết tên và chế độ điều trị		
Con quý vị đã bao giờ nhập viện hoặc trải qua phẫu thuật chưa? Nếu có, vì lý do gì?		
Con quý vị đã bao giờ bị bệnh thủy đậu chưa? Nếu có, Tuổi _ tuổi		

Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình, còn sống hoặc đã mất, mắc bất kỳ bệnh nào sau đây không? Đánh dấu tất cả các lựa chọn có thể áp dụng	Mẹ	Cha	Anh chị em	Ông bà
Hen suyễn				
Tiểu đường				
Đau tim hoặc đột quỵ trước 45 tuổi				
Cholesterol cao				
Hút thuốc/xi gà				
Khác:				

Con quý vị sống nhiều nhất với ai? Khoanh tròn tất cả các lựa chọn có thể áp dụng:				
Cả cha mẹ	Chỉ mẹ	Chỉ cha	Mẹ kế	Cha kế
Ông bà/ Họ hàng người lớn khác:	Chị em và Anh em: Tuổi_	Trẻ khác: Tuổi_	Cha mẹ nuôi	Người giám hộ khác
Trong năm qua, đã có bất kỳ thay đổi nào trong gia đình quý vị không? Khoanh tròn tất cả các lựa chọn có thể áp dụng:				
Kết hôn	Ly thân	Ly dị	Mất việc làm	Chuyển đến khu vực mới
Trường học mới	Sinh con	Bệnh nặng	Tử vong	Khác

Chúng tôi sẽ luôn thông báo cho quý vị nếu con quý vị ốm nặng và cần rời trường hoặc tìm kiếm chăm sóc cấp cứu. Vui lòng luôn thông báo cho chúng tôi nếu thông tin liên hệ của quý vị thay đổi.

Khi con quý vị đến trung tâm sức khỏe cho trường học với cơn đau nhẹ hoặc các triệu chứng nhẹ khác, chúng tôi sẽ cho dùng một trong các loại thuốc không cần kê đơn sau, trừ khi con quý vị bị một dị ứng cụ thể.

Chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức để thông báo cho quý vị, hoặc bằng cách gọi điện cho quý vị hoặc gửi thư đến nhà cho quý vị và con quý vị.

Acetaminophen (Tylenol) hoặc Ibuprofen (Motrin) để giảm đau như đau đầu hoặc kinh nguyệt
Maalox cho đau bụng hoặc buồn nôn
Loratadine (Claritin) cho dị ứng theo mùa

Nếu quý vị không muốn con quý vị dùng bất kỳ loại thuốc không cần kê đơn nào khi chưa trao đổi trước với nhà cung cấp dịch vụ y tế, vui lòng đánh dấu ô dưới đây. Nếu quý vị đánh dấu ô này và chúng tôi không thể liên hệ được với quý vị bằng điện thoại, thì con quý vị sẽ không được điều trị và sẽ được gửi trở lại lớp học.

Sở Y Tế NYS yêu cầu chúng tôi hỏi các câu hỏi sau đây về rủi ro lao phổi và rủi ro nhiễm độc chì.	Không	Có
Con quý vị đã bao giờ bị lao phổi hoặc xét nghiệm da dương tính với bệnh lao phổi chưa? Nếu có, Tuổi _ tuổi		
Con quý vị đã bao giờ tiếp xúc với bất kỳ người nào mắc bệnh lao phổi (TB) chưa? Nếu Có, Khi nào? _ Ai? _		
Con quý vị có tiếp xúc gần hoặc sống với người có xét nghiệm da dương tính với bệnh lao phổi không? Nếu Có, Khi nào?		
Con quý vị có sống tại nước Mỹ trong thời gian dưới 5 năm không? Nếu Có: Ở đâu? _		
Con quý vị đã bao giờ đi ra ngoài nước Mỹ trong thời gian quá một tháng chưa? Nếu Có, Tuổi Ở đâu? _		
Con quý vị đã bao giờ đi, hoặc sử dụng các sản phẩm (gồm men, thuốc truyền thống, mỹ phẩm, thực phẩm hoặc gia vị) được nhập khẩu từ Haiti, Mexico, Pakistan, Cộng hòa Dominica hoặc Bangladesh chưa?		

Ngày hôm nay (mm/dd/yy) Tên Chữ ký Mối quan hệ với học sinh

(Đánh dấu nếu học sinh đang ở trung tâm chăm sóc nuôi dưỡng)