

## 紐約市教育局口腔健康門診計劃 -- 學校家長同意表)

口腔健康護理服務提供者名稱 (OHCP) The New York Foundling HospitalOHCP 地址 590 Avenue of the Americas, New York, NY 10011

學生資料	家長/監護人資料
學生姓氏: _____ 學生名字: _____ 出生日期: _____ / _____ / _____ 月                    日                    年 學生地址: _____ _____ 市 _____ 州 _____ 郵政編碼 學校: _____ 年級: _____ 老師姓名: _____ <b>重要健康問題</b> 您的子女有沒有任何可能影響牙科治療或造成併發症的醫療上疾病? 這可能包括心臟問題、呼吸問題、出血問題、癲癇、過敏、會傳染的疾病、免疫力失調。如果是, 請加以說明。如果沒有, 請留空。 _____ _____ _____ _____	<b>母親</b> 姓氏: _____ 名字: _____ <b>父親</b> 姓氏: _____ 名字: _____ <b>法定監護人 (如適用)</b> 姓氏: _____ 名字: _____ 法定監護人與學生的關係 <input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 姨孀/姑母/舅母或叔伯/姑丈/姨丈/舅父 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <b>家長或監護人聯絡資訊</b> 住宅電話: _____ 辦公電話: _____ 手機: _____ 電子郵箱: _____ <b>其他緊急聯絡人</b> 姓名: _____ 與學生的關係: _____ 住宅電話: _____ 辦公電話: _____ 手機: _____ 電子郵箱: _____

## 醫療保險資料

您的子女是否有醫療補助 (Medicaid)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: 醫療補助計劃 (Medicaid) 號碼: _____ 您的子女是否有兒童加健保險 (Child Health Plus)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: CHP # _____ 屬於何種計劃? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> MetroPlus <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> MVP <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield 其他: _____	您的子女是否用您僱主的醫療保險或任何其他種類的醫療保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 醫療保險: _____ 會員號碼或社會安全號碼: _____ 醫療保險電話: _____ 受保的成人姓名: _____ 受保的成人出生日期: _____ 無論您子女是否有醫療保險, 都會為您子女提供不收費的服務。
---	--

## 學校健康門診服務家長同意書

我了解, 我的子女將獲得口腔健康服務, 我的簽字代表我同意我的子女在該校註冊期間, 獲得口腔健康護理服務提供者 (OHCP) 提供的服務。我可以通過寫書面通知給 OHCP, 在任何時候收回我的同意書。我理解如果我子女的健康情況有重大變化, 我會把情況告訴提供方。

註: 根據法律, 凡年滿 18 歲或 18 歲以上的學生、已為人父母的學生或者已合法脫離家長監護的學生, 不需要家長的同意書。我在下面簽名, 表明我已經收到了一份「隱私管理方法通知」(Notice of Privacy Practices)。

X \_\_\_\_\_ 日期  
 家長/監護人簽名 (或者年滿 18 歲或以上的或其他法律允許的學生)

## 家長對符合《健康保險攜帶與責任法案》(HIPAA) 的健康資訊發佈同意書

我已經閱讀並了解本表第 2 頁關於健康資訊發佈的規定。我在下面簽名, 表明我同意發佈其中所指定的健康資訊。

X \_\_\_\_\_ 日期  
 家長/監護人簽名 (或者年滿 18 歲或以上的或其他法律允許的學生)

## 紐約市教育局口腔健康門診計劃 -- 學校家長同意表)

口腔健康護理服務提供者名稱 (OHCP) The New York Foundling Hospital  
 OHCP 地址 590 Avenue of the Americas, New York, NY 10011

<b>學校口腔健康門診服務同意書</b>
----------------------

我同意我的子女在學校註冊的過程中，接受州認證的 OHCP 的保健專業人員的口腔健康醫護服務，這些服務是紐約州健康廳批准的學校口腔保健計劃的一部分。我可以寫書面通知給 OHCP，隨時收回我的同意書。我了解，根據法律規定，學生與口腔保健服務人員之間的保密要求將得到確保，並且學生將被鼓勵要求自己的家長/監護人參與諮詢和口腔醫療的決策。學校口腔健康門診服務包括但不限於：預防性的口腔健康服務、恢復性的服務、以及緊急程序。預防性的口腔健康服務包括但不限於：綜合牙齒檢查、牙齒健康治療、x 光、牙封閉劑、氟化物治療。這可能也包括在槽牙上面使用氟化氨銀 (Silver Diamine Fluoride) 來防止蛀洞 (氟化氨銀會讓牙洞變成咖啡色或黑色)。如果是綜合牙齒檢查和預防性的口腔健康服務之外的服務，OHCP 會把具體的服務和治療通知給家長/監護人，包括：補牙、拔牙、或者使用麻藥或其他藥物。如果家長/監護人不同意，就不會提供這些服務。

<b>家長對符合《健康保險攜帶與責任法案》(HIPAA) 的口腔健康資訊發佈同意書</b>
---

我在本表另一面簽名，即表明我准許有關醫療資訊的發佈。該資訊可能受到聯邦隱私法和州法律的保護而不得公佈。

我在本同意書上簽名，即表明我准許下列原因將健康資訊發佈給紐約市教委會 (Board of Education of the City of New York, 又名紐約市教育局 New York City Department of Education)，這可能包括學校護士：因為法律或「教育總監條例」規定如此，或者是為著保護學生的健康和 safety，或者是需要向子女的保險提供方處理保險的事情。在我提出請求時，則披露該健康資訊的機構或個人必須提供給我一份本表格的備份。

法律規定家長必須向學校提供某種資訊 (如免疫注射證明)。不提供這一資訊，就可能導致該學生被學校拒之門外。

我對本表的疑問已經得到解答。我了解，我不必一定要准許發佈我的子女的醫療資訊，而且我可以在任何時候改變我的想法並以書面方式向 OHCP 說明我的准許作廢。然而，一旦某項資訊已被發佈，在撤回准許之前已被發佈的資訊並不能回溯撤回。

我准許 OHCP 將本表另一面所列出的學生的具體資訊發佈給紐約市教育局。

**我同意：為符合法規的要求，並確保學校獲得所需的資訊以保護我的子女的健康和 safety，對下面列出的醫療資訊，OHCP 可向紐約市教育局發佈有關資訊，紐約市教育局也可向 OHCP 發佈有關資訊。我了解，根據聯邦和州的法律以及「教育總監條例」有關保密性的規定，該資訊將維持其保密的狀態：**

- 可能需要緊急治療的疾病
- 限制學生日常活動的病況 (103S 表)
- 某些傳播性疾病的診斷 (不包括艾滋病毒感染/性傳播疾病以及其他法律所保護的保密服務)。
- 健康保險

我在本表第 1 頁簽名，也就表示我同意 OHCP 可以與曾經為我的子女檢查過身體的其他服務提供者取得聯繫，獲得保險資訊。

信息的公佈從表格簽署之日起被授權，直到學生不再註冊本校口腔健康門診計劃為止，或直至取消為止，以較早者為準。

如法律適用，病人權利與隱私政策由 OHCP 提供。