

뉴욕시 교육청 구강 건강 클리닉 프로그램-학교 학부모 동의서

구강 건강관리 제공처(Oral Health Care Provider: OHCP) 이름: The New York Foundling Hospital  
 OHCP 주소: 590 Avenue of the Americas, New York, NY 10011

학생 정보	학부모/보호자 정보
학생의 성: _____ 학생의 이름: _____ 생년월일: _____ / _____ / _____ <span style="margin-left: 100px;">월</span> <span style="margin-left: 100px;">일</span> <span style="margin-left: 100px;">년</span> 학생 주소: _____ _____ <span style="margin-left: 100px;">시</span> <span style="margin-left: 100px;">주</span> <span style="margin-left: 100px;">우편번호</span> 학교: _____ 학년: _____ 교사의 성명: _____ <b>중요한 의료 질문</b> 귀 자녀는 치과 치료에 영향 또는 합병증을 유발할 만한 건강의 문제가 있습니까? 이런 문제에는 심장이나 출혈문제, 발작, 알레르기, 전염병, 면역계 이상 등이 있으면 설명해 주십시오. 없다면 빈 칸으로 남겨 두십시오. _____ _____ _____ _____ _____ _____	<b>어머니</b> 성: _____ 이름: _____ <b>아버지</b> 성: _____ 이름: _____ <b>적용되는 경우, 법적 보호자</b> 성: _____ 이름: _____ 학생과 법적 보호자의 관계 <input type="checkbox"/> 조부모 <input type="checkbox"/> 이모,고모,(외)숙모 또는 이모부, 고모부, (외)삼촌 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <b>학부모 또는 보호자의 연락 정보</b> 집 전화: _____ 직장 전화: _____ 휴대전화: _____ 이메일: _____ <b>추가적인 비상시 연락처</b> 성명: _____ 학생과의 관계: _____ 집 전화: _____ 직장 전화: _____ 휴대전화: _____ 이메일: _____

**보험 정보**

귀 자녀는 메디케이드에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예: 메디케이드 아이디 # _____ 귀 자녀는 찰드헬스 플러스(CHP)에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예: CHP # _____ 어떤 플랜입니까? <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 <input type="checkbox"/> 기타: _____	귀 자녀가 귀하의 고용주를 통한 또는 기타 다른 종류의 의료보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예, 의료보험: _____ 멤버 아이디 또는 사회보장번호: _____ 건강 보험 전화: _____ 성인 가입자 성명: _____ 성인 가입자 생년월일: _____ 자녀분이 의료보험을 가지고 있는지에 관계 없이 무료로 서비스가 제공될 것입니다.
---	---

**학교 기반 보건 클리닉 서비스에 관한 학부모 동의**

저는 제 아이가 구강 보건 서비스를 받게 될 것이며 저의 서명으로 제 아이가 학교에 등록되어 있는 한 OHCP 에서 제공하는 서비스를 제공 받는 것에 동의를 제공합니다. 저는 OHCP 에 서면으로 알려 언제든지 저의 동의를 철회할 수 있을 것입니다. 저는 제공처에 제 아이의 건강에 관한 어떤 중요한 변화가 발생할 시 이를 알릴 것입니다.  
 주의: 법적으로, 18 세 이상 또는 부모가 되었거나 법적으로 독립한 학생들에 대한 학부모 동의는 필요하지 않습니다. 제 서명은 개인정보 보호 사례에 관한 공지 사본을 받아보았음을 의미합니다.

X \_\_\_\_\_  
**학부모/보호자 서명 (또는 18 세 이상이거나 기타 법률이 허락하는 경우의 학생 본인)** 날짜

**HIPAA 규정에 의거한 의료 정보 공개에 관한 학부모 동의서**

저는 이 양식의 2 페이지에 적힌 건강 정보의 공개에 관해 읽고 이해하였습니다. 제 서명은 설명된 바와 같은 보건 정보의 공개에 관한 저의 동의를 의미합니다.

X \_\_\_\_\_  
**학부모/보호자 서명 (또는 18 세 이상이거나 기타 법률이 허락하는 경우의 학생 본인)** 날짜

뉴욕시 교육청 구강 건강 클리닉 프로그램-학교 학부모 동의서

구강 건강관리 제공처(Oral Health Care Provider: OHCP) 이름: The New York Foundling Hospital

OHCP 주소: 590 Avenue of the Americas, New York, NY 10011

**학교 기반 구강 보건 클리닉 서비스에 관한 동의**

저는 제 아이가 학교 구강 보건 프로그램의 일부로 뉴욕주 보건부에서 승인한 뉴욕주 라이선스 취득 보건 전문 OHCP에게서 제 아이가 학교에 등록되어 있는 한 구강 치료 서비스를 받는 것에 동의합니다. 저는 OHCP 에 서면으로 알려 언제든지 저의 동의를 철회할 수 있을 것입니다. 저는 학생과 구강 보건 클리닉 제공처 사이의 법률에 따른 특정 부분에 관한 비밀이 보장되며 학생들이 구강 치료에 관한 결정을 상당함에 있어 본인의 부모 또는 보호자를 참여시키도록 권장할 것이라는 사실을 알고 있습니다. 학교 기반 구강 건강 클리닉 서비스들은 구강 건강 예방 서비스, 재건 서비스 및 응급 처치를 포함하되 이에 국한되지 않을 것입니다. 구강 건강 예방 서비스들은 종합 치과 검진, 치 위생 관리, 엑스레이, 밀봉 및 불소처리 등을 포함하되 이에 국한되지 않을 것입니다. 여기에는 또한 충치가 퍼지는 것을 막기 위한 치아 뒷면의 실버 디아민 불화(Silver Diamine Fluoride)의 처리를 포함할 수 있습니다(실버 디아민 불화는 충치의 변색을 가져와 고동색이나 검은색으로 변할 수 있습니다). 종합 치과 검진과 구강 건강 예방 서비스 외의 서비스들에 대해서, OHCP 는 학부모/보호자에게 붕, 발치 및 마취 또는 기타 약품의 사용을 포함한 이런 서비스들에 대해 알릴 것입니다. 학부모/보호자가 동의하지 않는다면, 이들 서비스가 제공되지 않을 것입니다.

**HIPAA 규정에 의거한 구강 보건 정보 공개에 관한 학부모 동의서**

이 양식 뒷면의 제 서명은 보건 정보에 관한 공개를 승인합니다. 이 정보는 연방 사생활 보호법 및 뉴욕주 법에 따라 보호받을 것입니다.

이 양식에 서명함으로써, 저는 이것이 법률 또는 교육감 규정에 따라 또는 이것이 학생의 건강과 안녕을 보호하는데 필수적 또는 제 아이의 보험사에 비용을 청구하는 절차에 필요함으로, 학교 간호사를 포함한 뉴욕시 교육위원회(일명 뉴욕시 교육청)에 구강보건 정보가 제공되는 것을 승인합니다. 제 요구에 따라, 이 보건 정보를 제공하는 기관이나 개인은 반드시 이 양식의 사본을 제공하여야 합니다.

학부모들은 법적으로 예방접종 기록과 같은 특정 정보를 학교에 제공하여야 합니다. 이런 정보를 제공하지 않는 것은 학생이 학교로부터 퇴학 처분을 받는 결과를 초래할 수 있습니다.

이 양식에 관한 제 질문에 대해 답을 얻었습니다. 저는 제 아이의 보건 정보의 공개를 허락하지 않아도 된다는 것을 이해하고 있으며 저는 어느 시점에서 제 마음을 바꿀 수 있으며 OHCP 에 서면으로 승인을 취소 할 수 있다는 것을 잘 알고 있습니다. 그러나 공개된 후, 취소하기 전에 공개된 정보에 관한 취소가 소급 적용될 수 없다는 것을 알고 있습니다.

저는 OHCP 에서 뒷면에 성명이 기재된 학생의 특정 구강 보건 정보를 뉴욕시 교육위원회(일명 뉴욕시 교육청)에 제공하는 것을 승인합니다.

저는 OHCP 에서 뉴욕시 교육청으로 그리고 뉴욕시 교육청에서 OHCP 로 정해진 규정을 준수하고 제 아이의 건강과 안녕을 보호하는데 학교에서 필요한 정보를 갖출 수 있도록 하기 위해 다음에 요약된 보건 정보를 공개하는 것에 동의합니다. 저는 이런 정보가 연방 및 뉴욕주 그리고 교육감 규정의 비밀보호 규정에 부합하여 비밀이 유지될 것이라는 것을 잘 알고 있습니다.

- 응급 치료를 요하는 상태
- 학생의 일상 생활을 제한하는 상태(양식 103S)
- 일부 전염성이 있다는 진 (HIV 감염/STI 및 기타 법률로 비밀이 보호되는 치료는 포함되지 않음).
- 의료 보험 커버리지

본 양식 1 페이지의 제 서명은 또한 OHCP 에게 제 아이를 진단한 기타 제공처에 연락하고 보험 정보를 수집하는 것을 허가합니다.

정보의 공개는 이 양식에 서명한 날부터 해당 학생이 더이상 학교 기반 구강 보건 클리닉 프로그램에 등록하지 않았거나 동의를 철회한 날 중 더 빠른 날까지 효력을 갖습니다.

환자의 권리 및 사생활 보호법에 관한 내용이 법의 적용하는 바에 따라 OHCP 로부터 제공될 것입니다.