

參與信函及家長知情同意書

公立學校#
地址
校長/副校長

[Date]

致[Insert Name]的家長/監護人：

我很高興地宣佈，我們將作為16個紐約市學校之一，與紐約大學牙科學院合作，開始一項全新的免費預防蛀牙計劃。該計劃將每年一次在校內開展預防蛀牙和牙疼的牙科護理活動。持證牙醫、牙科清潔專家和/或護士將為參與學生提供護理。

這一計劃是紐約市大學牙科學院研究項目的一個組成部分，資金來自「病人為中心導向結果研究院」（Patient Centered Outcomes Research Institute），旨在確定牙科健康和學生成就之間的相互關係。

作為該計劃的構成部分，在您子女從該計劃接受牙科預防護理的整個期間，您子女的牙科健康記錄、學校出勤記錄以及紐約州標準化測驗分數將被提供給紐約市大學牙科學院，用於評估項目的有效程度。我們計劃提供該計劃的時期最多為5年。您的子女將不會被任何可能出版的關於該研究的分析確定姓名。

參與是免費且自願的。無需健康保險。然而，如果您子女有醫療援助或任何其他牙科保險，則該保險公司將收到治療費用的賬單。您子女的醫療援助賬單身份號碼將用於關聯紐約市學校內的預防蛀牙項目所收集的口腔健康數據和醫療援助償付數據。

如果您同意子女參與，則您子女將獲得以下預防蛀牙護理服務，這項服務可與牙科診所提供的護理是一樣的，並且與美國疾病控制及預防中心（Center for Disease Control and Prevention）的預防蛀牙建議是一致的。

該計劃提供：

1. 如何刷牙的指導
2. 檢查牙齒、牙齦和口腔的口部檢查
3. 後牙塗氟化氨銀以及所有牙齒上塗氟的簡單蛀牙預防
4. 一支牙刷和牙膏
5. 關於您子女獲得的護理的一份報告（給學校護士，也給您）
6. 進一步護理的牙醫轉診（如有需要），並協助您找到一個本地牙醫（如有需要）
7. 該計劃將跟進您子女的情況（最多達五年），檢查其口腔健康的改善情況。
8. 如果您需要，可在此網站找到附近的牙醫：

<https://www1.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/oral-health-find-a-low-cost-dental-provider.page>

預防蛀牙不會產生已知的健康風險。請注意，如果您子女參與這一計劃，氟化氨銀的使用可能會使蛀牙變色成為棕或黑色。這一顏色變化說明蛀孔不再變大。如果偶有接觸到皮膚，會造成嘴唇、臉頰被暫時染成淺棕色，或者衣服被永久染上斑點。可立即用肥皂和水洗去染上皮膚的斑點。切勿因企圖去除皮膚染上的頑固斑點而用過分的方法，因為斑點自己最後會自己消褪的。用同樣的方法清潔衣物。

如果您同意子女參與該計劃，請填妥隨附的表格，簽名之後交還給學校。您可以在任何時間參與或退出。如果您子女的監護關係在這一時間內有變化，則需在一份新的知情同意表上簽名。

如果您對這一計劃有任何問題，您可以聯絡：Dr. Richard Niederman, Department of Epidemiology & Health Promotion, New York University College of Dentistry, 433 First Ave, Rm 720, New York, NY。電子郵箱：rniederman@nyu.edu；電話：212-998-9719。您也可以聯絡紐約大學機構審查委員會：New York University Institutional Review Board (IRB), 665 Broadway, Suite 804, New York, NY 10012。電子郵箱：ask.humansubjects@nyu.edu；電話：212-998-4808。

致以最美好的祝願！

[Insert Name]-校長

學生資訊

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:

教師
姓名: 年級:

重要的醫療問題

您的子女是否有任何可能對牙科治療有影響或產生併發症的醫療症狀? 這可以包括心臟、呼吸或出血問題、癲癇、過敏(包括銀過敏或堅果過敏)、傳染病、免疫力失調等。如果是, 請說明。如果沒有, 不用填寫。

家長/監護人資料

母親的姓氏: 母親的名字:

父親的姓氏: 父親的名字:

如適用, 法定監護人的姓氏:

法定監護人的名字: 監護人與學生的關係:
 祖父母/外祖父母 姑姨叔舅 其他

家長或監護人聯絡資訊

家庭電話: - - 工作電話 - -

手機: - -

電子郵箱:

其他聯絡人

姓名:

家庭電話: - - 工作電話 - -

手機: - - 與學生關係:

電子郵箱:

僅供工作人員填寫 / (For Office Use Only)



保險資料

Does your child have Medicaid? No Yes: Medicaid ID #: _____

Does your child have Child Health Plus? No Yes: CHP #: _____

Which Plan? Fidelis Health Plus Amerigroup MetroPlus United Healthcare Empire BlueCross BlueShield
 Affinity Healthfirst HIP WellCare MVP Other: _____

Does your child have coverage through an employer based plan or other type of health insurance? No Yes, Health Plan: _____

Member ID or Social Security Number: _____

Health Insurance Phone Number: _____

Name of Insured Adult: _____

Birth Date of Insured Adult: _____
Month Day Year

無論您的孩子是否有健康保險，都將免費獲得服務。

學校健康門診服務之家長同意書

我已閱讀並理解隨附的參與信函，並同意我子女獲得口腔健康服務和參與紐約大學牙科學院預防護理和研究計劃。我的簽名表示，我准許我子女獲得OHCP提供的這一計劃為期5年的服務。此外，我也同意為用於這一研究計劃而披露我子女的牙科健康記錄、學校缺勤記錄以及紐約州標準化測驗分數。我可以在任何時候以書面形式通知OHCP撤回我的同意書。我理解，我將把我子女健康的任何重要變化報告給提供者。

日期: _____ / _____ / _____
月 日 年

家長/監護人（或者年滿18歲或以上的學生）簽名

《健康保險攜帶與責任法案》（HIPAA）相符的健康資訊披露之家長同意書

我已經閱讀並了解本表第2頁關於健康資訊發佈的規定。我的簽名表示我同意披露

具體說明的健康資訊

日期: _____ / _____ / _____
月 日 年

家長/監護人（或者年滿18歲或以上的學生）簽名

學校口腔健康門診服務之同意書

我同意我的子女在我子女上學期間接受州認證的OHCP專業人員的口腔健康護理服務，這些服務是紐約州健康廳批准的學校口腔計劃計劃的組成部分。我可以在任何時候以書面形式通知OHCP撤回我的同意書。我理解，根據法律規定，學生與口腔健康門診提供者之間的保密要求將被確保用於具體服務領域，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護理的決定。學校口腔健康門診服務可以包括（但不限於）：預防性口腔健康服務、修復性服務以及緊急服務程序。預防性口腔健康服務包括（但不限於）：綜合牙科檢查、臨時補牙、牙科衛生治療、填充材料以及氟化物治療。這也可能包括在後牙上使用氟化氨銀（silver diamine fluoride，簡稱SDF）。使用氟化氨銀可能會使蛀牙變色成爲棕或黑色。偶然接觸到皮膚，則可能造成嘴唇、臉頰被暫時染成淺棕色，或者衣服被永久染上斑點。可用肥皂和水洗去染上皮膚的斑點。切勿因企圖去除皮膚染上的頑固斑點而用過分的方法，因爲斑點自己最後會自己消褪的。用同樣的方法清潔衣物。

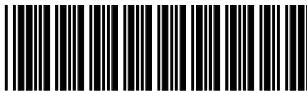
《健康保險攜帶與責任法案》（HIPAA）相符的口腔健康資訊披露之家長同意書

我在本表的簽名表明我准許有關醫療資訊的披露。這一資訊可能受到聯邦隱私法和州法律的保護而不得披露。我在本同意書上簽名，即表明因著法律、「教育總監條例」規定如此，因著保護學生的健康和安所必需，或者爲了向我子女的保險要求償付的原因，而准許健康資訊被披露給包括學校護士在內的紐約市教委（Board of Education of the City of New York，又名紐約市教育局/New York City Department of Education）。若我提出要求，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。我理解，我不必一定要准許披露我子女的健康資訊，而且我可以在任何時候改變我的想法並以書面方式向OHCP要求撤回我的准許。但是，一旦某項資訊已被披露，在撤回准許之前已被披露的資訊並不能回溯撤回。我准許OHCP將另一面所列學生姓名的具體健康資訊披露給紐約市教委（又名紐約市教育局）。我同意：爲符合法規的要求，並確保學校獲得所需的資訊以保護我子女的健康和安全，OHCP可將下面列出的健康資訊披露給紐約市教育局，且紐約市教育局也可向OHCP披露如此有關資訊。我了解，根據聯邦和州的法律以及「教育總監條例」有關保密的規定，該資訊將維持其保密的狀態：

- 可能需要緊急治療的症狀
- 限制學生日常活動的症狀（103S表）
- 特定傳染病的診斷（不包括HIV感染/性傳播感染以及其他法律所保護的保密服務）
- 健康保險

我在本表第2頁簽名，也就表示我同意OHCP可以與曾經檢查過我子女的其他服務提供者聯絡並獲得保險資訊。資訊披露的准許自本表簽名之日起，直至該學生不再參與學校口腔健康門診計劃或直到同意書被撤回（以時間較早者爲準）。

病人權利和隱私政策，應根據法律所適用的情況，由OHCP提供。



9 9 9 9 9 9 9

844

