

모집 안내 및 학부모 정보 기반 동의

공립 학교 #

주소

교장/교감

[Date]

[Insert Name]의 학부모/보호자께:

본교가 NYU 치과 대학의 새로운 무료 충치 방지 프로그램에 참여할 16개 뉴욕시 학교 중 하나로 선정되어 매우 기쁩니다. 이 프로그램은 충치 및 치통 방지를 위한 연례 교내 치과 치료를 제공합니다. 면허를 갖춘 치과 의사, 치위생사 및/또는 간호사가 참여 학생들에게 케어를 제공할 것입니다.

이 프로그램은 NYC 치과대학 리서치 연구의 일환으로 Patient Centered Outcomes Research Institute의 기금으로 치아 건강과 학생 성취의 관계를 연구합니다.

프로그램을 위해 자녀의 치아 건강 기록, 학교 출석 기록 및 뉴욕주 표준화 시험 점수가 NYU 치과 대학에 제공되며 자녀가 프로그램을 통해 치과 예방 치료를 받는 동안 프로그램의 효과를 평가하기 위해 사용됩니다. 이 프로그램을 최대 5년간 제공할 계획입니다. 리서치가 출판되더라도 분석에서 자녀분은 이름으로 식별되지 않습니다.

참여는 자발적이며 자유입니다. 건강 보험은 필요하지 않습니다. 하지만 자녀분이 메디케이드나 기타 치과 보험이 있는 경우 보험사에 치료에 대해 청구할 것입니다. 자녀분의 메디케이드 청구 ID 번호가 뉴욕시 교내 충치 방지 프로그램에서 수집하는 구강 건강 데이터와 메디케이드 청구 데이터를 연결하는데 사용될 것입니다.

**참여에 동의하시면 자녀분은 다음과 같이 치과를 방문했을 때 받는 것과 유사하며 미국 질병 통제 및 예방 센터에서 추천하는 충치 예방법에 따른 충치 예방 케어를 받게 됩니다.**

프로그램은 다음을 제공합니다:

1. 양치 교육
2. 치아, 잇몸 및 구강 상태 검사
3. 치아 뒷면에 실버 디아민 불소 도포 및 모든 치아에 불소 도포
4. 칫솔 및 치약
5. 자녀가 받은 치료에 대한 보고서를 학교 양호교사 및 부모님께 보냅니다.
6. 추가 치료가 필요한 경우 치과 의사에게 의뢰하며 필요한 경우 지역 치과 의사를 찾을 수 있도록 도움을 줍니다.
7. 이 프로그램은 자녀의 구강 건강의 개선을 추적합니다(최대 5년간).
8. 다음 링크에서 가까운 치과를 찾으실 수 있습니다:

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

충치 치료와 관련된 증명된 건강 위험은 없습니다. 자녀가 이 프로그램에 참여하면 실버 디아민 불소 도포로 인하여 충치가 갈색 또는 검정색으로 변색될 수 있습니다. 변색되는 것은 충치가 더이상 퍼지지 않는다는 의미입니다. 피부와 접촉하면 일시적으로 입술, 볼 등에 열은 갈색으로 변색될 수 있으며 옷에 닿은 경우 영구 얼룩이 생길 수 있습니다. 피부가 변색되었다면 즉시 비누와 물로 닦아내십시오. 시간이 지나면 얼룩이 없어지므로 없애려고 지나친 방법을 쓰지 마십시오. 옷의 얼룩도 같은 방법으로 지우십시오.

**자녀의 프로그램 참여에 동의하신다면 첨부된 양식을 작성하고 서명하여 제출하십시오.** 언제든 참여하거나 철회할 수 있습니다. 자녀의 후견인이 이 기간 중 바뀐다면 새로운 동의서에 서명이 필요합니다.

프로그램에 대한 질문이 있으시면 담당자에게 문의하십시오: Dr. Richard Niederman, Department of Epidemiology & Health Promotion, New York University College of Dentistry, 433 First Ave, Rm 720, New York, NY. 이메일: [rniederman@nyu.edu](mailto:rniederman@nyu.edu). 전화: 212-998-9719번으로 문의하십시오. 또한 New York University Institutional Review Board (IRB), 665 Broadway, Suite 804, New York, NY 10012에 연락하셔도 됩니다. 이메일: [ask.humansubjects@nyu.edu](mailto:ask.humansubjects@nyu.edu). 전화: 212-998-4808번으로 문의하십시오.

성공을 기원합니다.

[Insert Name], 학교장



INSURANCE INFORMATION

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: \_\_\_\_\_

Name of Insured Adult: \_\_\_\_\_

Health Insurance Phone Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Birth Date of Insured Adult: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Month Day Year

자녀분의 의료보험을 가지고 있는지에 관계 없이 무료로 서비스가 제공될 것입니다.

학교 기반 보건 클리닉 서비스에 관한 학부모 동의

본인은 첨부된 모집 안내를 읽었으며 NYU 치과대학 예방 케어 및 리서치 프로그램의 구강 건강 서비스 참여에 동의합니다. 본인의 서명은 자녀가 이 프로그램 진행 5년간 OHCP에서 제공하는 서비스를 받는 데 동의하는 것입니다. 또한 본인은 자녀의 구강 건강 기록, 학교 출석 기록, 뉴욕시 표준화 시험 점수를 리서치 프로그램 활용을 위해 공개하는 데 동의합니다. 저는 OHCP에 서면으로 알려 언제든지 저의 동의를 철회할 수 있을 것입니다. 저는 제공처에 제 아이의 건강에 관한 어떤 중요한 변화가 발생할 시 이를 알릴 것입니다.

\_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 월 일 년

학부모/보호자 서명 (또는 18세 이상인 경우 학생 본인)

HIPAA 규정에 의거한 의료 정보 공개에 관한 학부모 동의서

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

\_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 월 일 년

학부모/보호자 서명 (또는 18세 이상인 경우 학생 본인)

학교 기반 구강 보건 클리닉 서비스에 관한 동의

저는 제 아이가 학교 구강 건강 프로그램의 일부로 뉴욕주 보건부에서 승인한 의 뉴욕주 라이선스 취득 보건 전문가에게서 구강 치료 서비스를 받는 것에 동의합니다.

저는 OHCP에 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 종종 치과 검진, 임시 필링, 치 위생 관리, 실란트 및 불소 처리 등을 포함하되 이에 국한되지 않을 것입니다. 치아 뒷면에 실버 디아민 불소 도포를 포함할 수 있습니다. 실버 디아민 불소로 인하여 충치가 갈색 또는 검정색으로 변색될 수 있습니다. 피부와 접촉하면 일시적으로 입술, 볼 등에 열은 갈색으로 변색될 수 있으며 옷에 닿은 경우 영구 얼룩이 생길 수 있습니다. 피부가 변색되었다면 즉시 비누와 물로 닦아내십시오. 시간이 지나면 얼룩이 없어지므로 없애려고 지나친 방법을 쓰지 마십시오. 옷의 얼룩도 같은 방법으로 지우십시오.

HIPAA 규정에 의거한 구강 보건 정보 공개에 관한 학부모 동의서

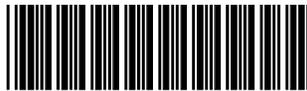
이 양식의 제 서명은 보건 정보에 관한 공개를 승인합니다. 이 정보는 연방 사생활 보호법 및 뉴욕주 법에 따라 보호받을 것입니다. 이 양식에 서명함으로써, 저는 이것이 법률 또는 교육감 규정에 따라 또는 이것이 학생의 건강과 안녕을 보호하는데 필수적 또는 제 아이의 보험사에 비용을 청구하는 절차에 필요하므로, 학교 간호사를 포함한 뉴욕시 교육위원회(일명 뉴욕시 교육청)에 구강보건 정보가 제공되는 것을 승인합니다. 제 요구에 따라, 이 보건 정보를 제공하는 기관이나 개인은 반드시 이 양식의 사본을 제공하여야 합니다. 학부모들은 법적으로 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 OHCP에 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 OHCP에서 뒷면에 성명이 기재된 학생의 특정 구강 보건 정보를 뉴욕시 교육위원회(일명 뉴욕시 교육청)에 제공하는 것을 승인합니다. 저는 정해진 규정을 준수하고 제 아이의 건강과 안전을 보호하기 위해 필요한 정보를 학교가 갖출 수 있도록 OHCP에서 뉴욕시 교육청으로 그리고 뉴욕시 교육청에서 OHCP로 다음에 명시된 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
- 일부 전염성이 있다는 진단(HIV 감염/STI 및 기타 법률로 비밀이 보호되는 서비스는 포함되지 않음).
- 학생의 일상 생활을 제한하는 상태(양식 103S)
- 의료 보험 커버리지

본 양식 2 페이지의 제 서명은 또한 OHCP에게 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 OHCP로부터 제공될 것입니다



9 9 9 9 9 9 9

