

紐約市教育局口腔健康門診計劃 - 學校家長同意表
SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC*

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101 電話: 855-469-7473 傳真: 888-330-4331

學生資料	家長/監護人資料
<p>學生姓氏: _____</p> <p>學生名字: _____</p> <p>出生日期: _____ / _____ / _____ <small>月 日 年</small></p> <p>學校: _____ 年級: _____</p> <p>教師姓名: _____</p> <p>學生社會安全號碼: _____ <small>(可選擇不填, 但是填了會有幫助)</small></p> <p>性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</p> <p>種族: <input type="checkbox"/> 西語裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人 <input type="checkbox"/> 亞洲裔/太平洋島國裔 <input type="checkbox"/> 其他 _____</p> <p>學生地址: _____ <small>市 州 郵政編碼</small></p> <p>重要健康問題 您的子女有沒有任何可能影響牙科治療的健康問題? 包括心臟問題、呼吸問題、癲癇、過敏、出血問題、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。</p>	<p>母親 姓氏: _____ 名字: _____</p> <p>父親 姓氏: _____ 名字: _____</p> <p>法定監護人 (如適用) 姓氏: _____ 名字: _____</p> <p>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等 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p>家長或監護人聯絡資訊 住宅電話: _____ 辦公電話: _____ 手機: _____ 電子郵件: _____</p> <p>其他緊急聯絡人 姓名: _____ 與學生的關係: _____ 住宅電話: _____ 辦公電話: _____ 手機: _____ 電子郵件: _____</p>
牙醫保險資料	
<p>您的子女有沒有醫療補助 (Medicaid)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否: 醫療補助計劃 (Medicaid) 號碼: _____</p> <p>您的子女是否有兒童加健保險 (Child Health Plus)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否: CHP # _____</p> <p>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 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p>	<p>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: _____</p> <p>會員號碼或社會安全號碼: _____</p> <p>醫療保險電話: _____</p> <p>受保的成人姓名: _____</p> <p>受保的成人出生日期: _____</p> <p>如果您的子女沒有醫療保險, 您是否希望由一名紐約州健康市場部授權的助理人員親自與您聯絡登記醫療保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 與您聯絡的最佳時間?</p>
學校健康門診服務家長同意書	
<p>我已經閱讀並了解下一頁所列出的服務 (學校口腔健康門診服務), 我在下面簽名即表示我同意我的子女在學校註冊讀書期間, 一直接受由學校口腔健康門診中心 Smile New York Outreach, LLC 所提供的服務。我可以通過隨時向 Smile New York Outreach, LLC 發送書面通知收回我的同意書。我已經閱讀以上重要的健康問題, 並會致電 855-481-8638 報告有關子女健康的任何重大改變。我們可能給您發有關學校牙科計劃的短信。您的手機服務供應商可能會對短信和/或數據徵收費用, 要停止接收這些短信, 請在收到我們任何一條短信時用英文回覆「STOP」(停止)。您在本同意表上也同意用地線電話和/或手機接收預先錄音和/或自動撥號的有關學校牙科計劃的電話。注: 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)。</p> <p>X _____</p> <p>家長/監護人簽字 (或者如果學生滿 18 歲可由學生簽字, 或視其他法律允許的情形簽字) _____ 日期 _____</p>	
家長對公佈符合《健康保險攜帶與責任法案》(HIPAA) 的健康資訊的同意書	
<p>我已經閱讀並了解本表第 2 頁關於公佈健康資訊的規定。我的簽字代表我同意公佈註明的健康訊息。</p> <p>X _____</p> <p>家長/監護人簽字 (或者如果學生滿 18 歲可由學生簽字, 或視其他法律允許的情形簽字) _____ 日期 _____</p>	

請務必仔細核對該同意書的正反兩面

紐約市教育局口腔健康門診計劃
學校家長同意表
SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC*
37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101
電話: 855-469-7473 傳真: 888-330-4331

學校口腔健康門診服務

我同意在我子女在學校註冊讀書期間，一直由州授予執照的健康專業機構 Smile New York Outreach, LLC 為我的子女提供口腔健康護理服務，這是紐約州教育廳批准的學校口腔健康計劃的一部分。我可以隨時向 Smile New York Outreach, LLC 發送書面通知收回我的同意書。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或監護人參與諮詢和口腔醫療的決策。學校的口腔健康門診服務可以包括但不限於：預防性的口腔健康服務、恢復性的服務、以及緊急治療程序。預防性的口腔健康服務包括但是不限於：綜合牙齒檢查、牙齒衛生治療、X 光、補牙及氟化物牙齒治療。這可能包括在後牙上面使用氟化氨銀（Silver Diamine Fluoride），防止蛀牙的惡化（使用氟化氨銀可能會使蛀牙變成咖啡色或黑色）。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，Smile New York Outreach, LLC 會把子女需要的服務或治療通知家長/監護人，包括但不限於：牙齒填補、拔牙、以及使用麻藥或其他藥物等。如果家長/監護人不同意，則我們不會提供這些服務。

紐約市教育局

關於家長同意公佈口腔健康資訊的概要說明

家長對公佈符合《健康保險攜帶與責任法案》（HIPAA）的口腔健康資訊的同意書

我在本表正面的簽名，即表明我准許有關口腔健康資訊的公佈。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口腔健康資訊公佈給紐約市教委會（Board of Education of the City of New York，又名紐約市教育局 New York City Department of Education）和學校護士、領導者：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。在我提出請求時，公佈該口腔健康資訊的機構或人士必須提供給我一份本表格的副本。法律規定家長必須向學校提供某些資訊（如免疫注射證明）。不提供這些資訊，就可能導致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，我並非一定要批准公佈我的子女的口腔健康資訊，而且我可以在任何時候改變我的想法並以書面方式向學校口腔健康門診中心收回我的批准。然而，一旦某項資訊已被公佈，在收回批准之前已被公佈的資訊並不能回溯撤回。

我准許學校口腔健康門診中心 Smile New York Outreach, LLC 將本表格背面所列出的學生的具體口腔健康資訊公佈給紐約市教育局。

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障我的子女健康和 safety，學校口腔健康門診中心可將下面列出的醫療資訊公佈給紐約市教育局，紐約市教育局也可向學校口腔健康門診中心公佈有關資訊。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：

保護健康與安全所需的資訊：

- 可能需要緊急治療的疾病
- 限制學生日常活動的疾病（103S 表）
- 某些傳播性疾病的診斷（不包括艾滋病病毒感染/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 Smile New York Outreach, LLC 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，並獲得保險資訊。

准許透露資訊的時間段：

從此日期開始：在本表格另一面簽名的日期

至此日期結束：學生不再參加學校口腔健康門診服務的日期

*OHCP = 口腔健康門診服務提供者（Oral Health Clinic Provider）

家長權利法案

作為 Smile New York Outreach 的病人，您有權利：

1. 理解並使用這些權利。如果出於任何理由您不理解這些權利或者您需要幫助，中心必須向您提供援助，包括口譯員。
2. 無論年齡、族裔、膚色、性傾向、宗教、婚姻狀況、性別、原國籍或付費來源，都可以獲得服務。
3. 被以體貼、尊重和有尊嚴的方式對待，包括獲得有隱私的治療。
4. 獲得中心提供哪些服務的相關資訊。
5. 獲得關於看診時間以外的緊急牙齒治療的信息。
6. 獲得關於服務收費、第三方報銷資格、以及（如果適用）免費或減價護理的信息。
7. 在提出要求之後，獲得關於其帳戶帳單的明細表。
8. 從其醫療護理提供方或提供方代理那裏拿到完整的、最新的關於其診斷、治療和預後的資料，而且用詞要使病人能夠理解。
9. 在進行任何非緊急的程序或治療或兩者都要進行之前，從其牙醫那裏拿到必要的信息，以便能夠適當決定是否採行這一程序或/和治療。適當決定是否採用程序/治療的定義應該包括：至少要提供關於這個程序或/和治療的具體信息、是否涉及任何危險、以及如果有的話，有哪些替代它的護理辦法或治療辦法。
10. 在法律允許的情況下拒絕治療，並且被充分告知其行為會帶來的健康後果。
11. 拒絕參加試驗研究。
12. 就提供的護理和服務提出投訴，並在不需要懼怕被報復的情況下要求中心調查這類投訴。病人可以通過口頭或書面形式向行政人員反映他們的疑慮。如果病人要求提供調查結果，中心有責任在 30 天之內以書面形式向病人或其指定人提供回復。另外，中心有責任通知病人或其指定人，如果病人對於中心的回復不滿意，他/她可以向以下部門投訴：New York State Department of Health's Office of Health Systems Management（紐約州衛生廳的衛生系統管理辦公室），電話是：1-800-804-5447。
13. 關於病人治療的所有訊息和檔案都要確保其私密和隱私性。
14. 能夠選擇批准或拒絕把他/她的牙醫檔案內容向任何醫療保健提供方和/或醫療保健機構提供或透露，除非是法律規定的或根據第三方付款協議規定的。

請保存該資訊。

ELLIOT P. SCHLANG, DDS - 牙醫, 牙醫主任

Angelina Adames, DDS, Jungmin Cho, DMD, Jennifer Corredor, DDS, Sylvia Cuellar, DDS, Joseph D' Ambrosio, DMD, Jason Davis, DDS, Christopher Dillon, DDS, Andrew Fradkin, DDS, Margaret Garland, DDS, Renee Gaska, DMD, Jeffrey Gershon, DMD, Daria Grillo, DDS, Barry Hecht, DMD, Deborah Kahn, DMD, Sahar Kamkar, DMD, Aditi Kapoor, DMD, Uzma Khan, DDS, Jeffrey Krantz, DDS, Stephen Marshall, DDS, Deena Pegler, DMD, Alan Poritzky, DDS, Melissa Rodgers, DMD, Deniz Salerno, DDS, Elliot Schlang, DDS, Karimeh Shehadeh, DDS, Jeffrey Tenenbaum, DDS, Nancy Yu, DDS

關於隱私的做法通知

本通知說明了與您有關的健康資料可能會以哪些方式被使用或透露，以及您通過什麼辦法可以獲得這些資料。請仔細查閱。並妥善保管。

我們的法律責任

您的健康資料的隱私對於我們十分重要。根據有關聯邦及州法律的規定，我們必須維護您的健康資料的隱私性。另外，我們必須要把這份關於我們的隱私操作辦法、我們的法律責任、以及您有哪些與您的健康資料有關的權利的通知發給您。在其生效期間，我們必須按照本通知裏所述的隱私操作辦法去行事。如果您的健康資料缺乏安全性並遭到了入侵，我們會通知您。

在有關法律允許的情況下，我們保留權利隨時對這份通知裏面的隱私操作辦法及條款進行更改。我們保留權利使我們對隱私操作辦法所做的更改以及通知裏的新條款對我們持有的所有健康資料生效，包括我們做出更改之前創建或收到的健康資訊。在我們對隱私操作辦法做出重大更改之前，我們會更改這份通知，並依據需求提供這份新的通知。

您可以隨時要求看這份通知。關於我們隱私操作辦法的詳細情況、或者如果您需要獲得本通知的更多副本，請通過本通知末尾處的聯絡方式聯絡我們。

健康資料的使用與透露

我們出於治療、付款和醫療保健事務操作的目的使用並透露您的健康資料。例如：

治療：我們可能會把您的健康資料透露給某位給您進行治療的醫生、學校護士或其他醫療保健提供方或因此原因使用您的健康資料。

付款：我們可能會出於收取提供給您的服務的費用而使用或透露您的健康資料。

醫療保健事務操作：我們可能會出於與業務操作相關的原因使用或透露您的健康資料，包括：審核醫療保健專業人員的能力與資歷，以及評估醫生和提供方的表現等。

您的授權：如果是出於本通知內容以外的原因使用或透露您的健康資料，必須獲得您的書面授權。此外，我們必須獲得您的書面授權才可以向您兜售醫療訊息或出於向您營銷產品或服務的目的使用或透露您的健康資料，而且我們是從中獲取佣金的。即便您給予我們授權，您仍然可以在任何時候以書面形式收回授權。您收回這個權利並不影響在您的授權有效期限內出於所允許的目的而使用或透露您的健康資料。除非您向我們提供書面授權，否則我們不能出於本通知內不包括的理由使用或透露您的健康資料。

關於與您的醫療保健相關的家人、朋友或其他人士：我們會視必要情形，把您的健康資料透露給與您的醫療保健相關的某位家人、朋友或其他人士，幫助您的醫療保健或幫助獲得與您的醫療保健有關的付款。在出現災難而需要幫助搜尋受難者時，我們可能會把您的健康資料透露給救災機構。我們還可能會根據以下情形使用或透露您的健康資料：把您的地點、整體健康情形或死亡消息通知、協助通知給一位家人、個人代表或負責您的保健的人。如果您不想讓我們把您的健康資料透露給家人或其他屬於此情形的人，請通知我們的 HIPAA 辦公室，電話號碼是：888-833-8441。

根據法律規定：如果有法律規定，我們可能會使用或透露您的健康資料。

公共安全：我們可能會把健康資料透露給執法官員，例如：在有搜索令或大陪審團傳票的情形下，或協助執法官員辨認或找出某個人，把可能由於犯罪行為而致死的死亡情形予以彙報，以及把發生在我們範圍內的犯罪行為予以彙報。

虐待或忽視：如果我們有合理理由相信您遭到虐待、忽視或家庭暴力或者可能是其他犯罪的受害者，我們可能會把您的健康資料透露給有關當局。出於避免對您的或他人的健康或安全造成嚴重威脅的原因，我們可能會視必要情形透露您的健康資料。

國家安全：在某些情形下，我們可能會把您的健康資料透露給武裝部隊的軍隊當局或外國的軍事人員；出於合法的情報、反情報機構或其他涉及國家安全的活動、以及保護總統，透露給聯邦官員；並在某些情況下向合法監禁某位犯人或病人的教養機構或執法官員透露。

預約提醒：我們可能會出於提醒您看診預約的目的使用或透露您的健康資料（例如：語音留言、明信片、信函、電子郵件或發簡訊）。

健康監督活動：我們可能會把您的健康資料發給某個健康監督機構，開展法律准許的活動。這些監督活動包括，例如：聽證、調查、檢查以及許可證調查等。這些活動是政府監督醫療護理系統、疾病暴發、政府計劃、公民權利法案合規情形以及改善病人治病結果等所必需開展的。

訴訟與糾紛：我們可能會出於回應法庭或行政令的原因透露您的健康資料。我們也可能會出於回應傳票、舉證請求或其他法律程序透露您的健康資料。

其他用途及透露的理由。在法律允許或要求時，我們可能會出於研究目的透露您的健康資料；向處理和監管器官捐獻與器官移植機構透露您的健康資料；出於符合員工賠償法或類似的提供工傷或疾病福利的計劃的原因把您的健康資料透露給員工賠償或類似的計劃；可能提供給公共健康活動，例如出於預防和控制疾病、傷害或殘障情形等；出於報告藥物反應或產品問題的原因可能透露健康資料；如果有產品被召回，可能通知使用這些產品的人；如果某人接觸到疾病或者有感染或傳播該疾病的風險，可能通知這位人士；可能透露給法醫使其可以辨認死者或確認死因；或者可能透露給殯儀主持者使其可以履行義務。

病人權利

獲取資訊：除了一些有限的例外之外，您有權利查看您的健康資料或拿到您的健康資料的副本。您必須以書面形式要求獲得您的健康資料，並且把您的要求傳真給本通知末尾處註明的傳真號碼。

資訊透露名單：您有權利拿到我們或我們的業務合夥方把您的健康資料透露給哪些方面的名單。如果在 12 個月內，您提出這個要求的次數超過一次，我們可能會向您收取一個合理的、基於我方開銷來決定的一筆費用，以便我們辦理此類額外的要求。

限制：您有權利要求我們限制對您的健康資訊的使用或透露您的健康資訊。按規定，我們不需要一定同意您的要求，除非下列情形：我們透露的是您的健康計劃，您（或您健康計劃以外的代表您的人）已經全部支付了您的健康護理費用，透露的是與您支付費用或健康護理業務（或手術）相關，而且透露不屬於法律要求範圍內的。如果我們同意提出的限制，我們會遵守這一約定（緊急情況除外）。

替代溝通辦法：您有權利以書面形式要求我們通過替代辦法與您溝通您的健康資訊，或者依照您的書面要求中註明的到替代地點進行溝通。

修訂：您有權利要求我們修訂您的健康資訊。您提出的要求必須是書面的，並且必須說明資訊為什麼需要修訂。在某些情況下，我們可能會拒絕您的要求。

電子通知：如果您是通過我們的網站或電子郵件收到這份通知，那麼您有資格要求獲得一份書面的通知。

問題與投訴

如果您想進一步了解我們對於保障隱私的做法或者如果您有任何問題或疑慮，請與我們聯絡。如果您擔心我們可能侵犯了您的隱私權，您可以通過本通知末尾處的聯絡方式與我們聯絡。您還可以通過書面形式向美國衛生及公眾服務部（U.S. Department of Health and Human Services）投訴。如果您選擇向我們或者向美國衛生及公眾服務部投訴，我們將不會以任何形式進行報復。

聯絡官員：HIPAA 官員

電話：888-833-8441

傳真：888-330-4331

電子郵件：hipaaoofficer@smileprograms.com

生效日期：2016 年 8 月 1 日