

विद्यार्थीको नाम: \_\_\_\_\_

विद्यार्थीको जन्ममिति: \_\_\_\_\_



## स्कूल-आधारित स्वास्थ्य सेवा सहमति फाराम



क्लेभल्यान्ड मेट्रोपोलिटन स्कूल डिस्ट्रिक्ट (“सिएमएसडि”) तथा से यस क्लेभल्यान्ड (“एसवाइसि”) ले अतिरिक्त स्कूल-आधारित स्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गर्नका लागि सामुदायिक एजेन्सीहरूसँग साझेदारी गर्दछन्। तपाईंको बच्चा/ले सिएमएसडि साझेदार स्वास्थ्य प्रदायकहरूबाट यी स्वास्थ्य सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि यो सहमति फाराम पूरा गर्न आवश्यक छ। यी थप सेवाहरूमा तपाईंले भाग लिए पनि नलिए पनि स्कूल नर्सिङ तथा आपातकालीन सेवाहरू प्रदान गरिनेछ।

### विद्यार्थी/बिरामी जानकारी

विद्यार्थीको अन्तिम नाम: \_\_\_\_\_ विद्यार्थीको पहिलो नाम: \_\_\_\_\_

जन्ममिति: \_\_\_\_\_ जन्मिएको बेलाको लिङ्ग (कृपया चिनो लगाउनुहोस्):  महिला  पुरुष लिङ्ग: \_\_\_\_\_

घरको ठेगाना: \_\_\_\_\_ सहर \_\_\_\_\_

राज्य \_\_\_\_\_ जिप कोड: \_\_\_\_\_ फोन नम्बर \_\_\_\_\_ स्कूलको नाम: \_\_\_\_\_

चाहेको भाषा: \_\_\_\_\_ के यो विद्यार्थी हिस्पानिक/ल्याटिनो हो? (कृपया चिनो लगाउनुहोस्)  हो  होइन

जात (कृपया चिनो लगाउनुहोस्):  अमेरिकी इन्डियन/मूल अलास्कावासी  एसियाली  अमेरिकी इन्डियन/मूल अलास्कावासी  श्वेत

अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी  उत्तर दिन चाहन्छु अन्य: \_\_\_\_\_

### आधिकारिक अभिभावकको जानकारी (यी विद्यार्थीको स्वास्थ्यका विषयमा सम्पर्क गरिने प्रमुख व्यक्ति हुनेछन्)

अभिभावकको अन्तिम नाम: \_\_\_\_\_ पहिलो नाम: \_\_\_\_\_

जन्ममिति \_\_\_\_\_ रोजगारदाताको नाम (यदि उपलब्ध भए): \_\_\_\_\_

फोन नम्बर \_\_\_\_\_ इमेल \_\_\_\_\_

विद्यार्थीसँगको नाता: \_\_\_\_\_ विद्यार्थीसँगै बस्ने हो?  हो  होइन

### विद्यार्थी/बिरामी बीमा जानकारी (यदि ज्ञात भए)

बच्चा/किशोरकिशोरी बीमा (कृपया चिनो लगाउनुहोस्):  छ  छैन

बीमा कम्पनीको नाम: \_\_\_\_\_ ग्राहकको नाम: \_\_\_\_\_

समूह नम्बर \_\_\_\_\_ ग्राहक आईडी \_\_\_\_\_

### आपातकालीन सम्पर्क जानकारी (आधिकारिक अभिभावकभन्दा बाहेक)

नाम: \_\_\_\_\_ विद्यार्थीसँगको नाता: \_\_\_\_\_

फोन नम्बर: \_\_\_\_\_ के हामी कुनै सन्देश छोड्न सक्छौं?  सक्नुहुन्छ  सक्नुहुन्न

### विद्यार्थीको स्वास्थ्य जानकारी (आमाबाबु/आधिकारिक अभिभावकले पूरा गर्नु पर्ने) कृपया लागू हुने सबैमा चिनो लगाउनुहोस्।

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> दम                  | <input type="checkbox"/> मेरुदण्डका विकार             | <input type="checkbox"/> रक्त विकारहरू                 | <input type="checkbox"/> पेटको विकार                          |
| <input type="checkbox"/> क्यान्सर/ल्युकेमिया | <input type="checkbox"/> मूत्रथैली/मूत्र समस्याहरू    | <input type="checkbox"/> मधुमेह                        | <input type="checkbox"/> क्षयरोग/टिबी                         |
| <input type="checkbox"/> एक्जिमा             | <input type="checkbox"/> सिजरहरू                      | <input type="checkbox"/> निमोनिया                      | <input type="checkbox"/> सूती प्रयोग                          |
| <input type="checkbox"/> माइग्रेन            | <input type="checkbox"/> चश्माहरू/कन्ट्याक्ट लेन्सहरू | <input type="checkbox"/> मिर्गौला/मिर्गौलासम्बन्धी रोग | <input type="checkbox"/> पदार्थ/लागूपदार्थ दुरुपयोग           |
| <input type="checkbox"/> अवधिपूर्व जन्म      | <input type="checkbox"/> हियरिङ एड्स                  | <input type="checkbox"/> मुटुको समस्या                 | <input type="checkbox"/> पुरानो वा वर्तमान वृद्धि भएको लिड तह |
| <input type="checkbox"/> सिकल सेल            | <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य सरोकारहरू   | <input type="checkbox"/> विकासत्मक समस्याहरू           |   |

विद्यार्थीको नाम: \_\_\_\_\_

विद्यार्थीको जन्ममिति: \_\_\_\_\_

## प्राथमिक स्याहार प्रदायक जानकारी

प्राथमिक स्याहार प्रदायक/फिजिसियन (पिसिपि) को नाम: \_\_\_\_\_

पिसिपि स्थान (कृपया चिनो लगाउनुहोस्):

केयर एलाएन्स

नेबरहुड फ्यामिली प्र्याक्टिस

युएच/रेनबो बेबिज एन्ड चिल्ड्रेन

मेट्रोहेल्थ

नियोन

अन्य: \_\_\_\_\_

## चाहेको खुद्रा फार्मसी

नामस् \_\_\_\_\_ ठेगान: \_\_\_\_\_ फोन नम्बर: \_\_\_\_\_

## बिरामी/विद्यार्थी एलर्जीहरू

ज्ञात एलर्जी नभएको

छन् - कृपया तल सूचीकृत गर्नुहोस्:

खाना: \_\_\_\_\_

किराहरू: \_\_\_\_\_

औषधिहरू: \_\_\_\_\_

मौसमी: \_\_\_\_\_

जनावरहरू \_\_\_\_\_

## खोपको विवरण

के तपाईंको बच्चालाई कहिल्यै कुनै खोपहरू/सटहरूले प्रतिक्रिया गराएका थिए?  थिए  थिएनन्

यदि थिए भने, कृपया उक्त प्रतिक्रिया उल्लेख गर्नुहोस् \_\_\_\_\_

कुन खोप/सटले प्रतिक्रिया गराएको थियो? \_\_\_\_\_

## सेवाहरू: तपाईंले प्रदान नगर्नु नभनुजेल अतिरिक्त स्कूल-आधारित स्वास्थ्य सेवाहरूमा निम्नलिखित सेवाहरू सामेल हुन सक्छन्।

आफ्नो बच्चाले प्राप्त नगरोस् भन्ने चाहेका सेवाहरू कट्टा गर्नुहोस्।

- शारीरिक जाँचहरू (स्वस्थ-बच्चा, खेलकुद, काम)
- चोटपटक/बिमारीका लागि स्याहार र उपचार
- औषधि परिचालन (एल्बुटेरोल, एपिनेफ्रिन, एन्टिबायोटिकहरू, प्रेस्क्रिप्शन तथा काउन्टरमा पाइने औषधिहरू)
- नियमित प्रयोगशाला परीक्षण
- आम बालबालिका/किशोरकिशोरी स्वास्थ्य सरोकारहरूका लागि स्याहार (तौल, डन्डीफोर, महिनावारीका समस्याहरू)
- निश्चित दीर्घकालीन समस्याहरूका लागि स्याहार (जस्तै दम, सिजर विकार, वा मधुमेह)
- मानसिक/व्यवहारजन्य स्वास्थ्य मूल्याङ्कन, स्क्रिनिङ तथा हस्तक्षेप (१८ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूका लागि आमाबाबु/अभिभावक अतिरिक्त सहमति आवश्यक)
- लागूपदार्थ वा मदिरा प्रयोग उपचार
- यौनिक कुशलता सेवा
- दृष्टि तथा सुनाइ स्क्रिनिङ तथा उपचार
- लिड परीक्षण/स्क्रिनिङ
- कोभिड-१९ परीक्षण/स्क्रिनिङ
- दन्त स्क्रिनिङ तथा सेवाहरू (दन्त एक्स-रेहरू, सिलन्टहरू, तथा सफाइहरू; उपचारात्मक फिलिङहरू, फ्लुओराइड प्रयोगहरू)
- स्वास्थ्य शिक्षा तथा रोकथाम कार्यक्रमहरू
- खेलकुद औषधि सेवाहरू

## खोपहरू (सटहरू): कुन सटहरू आवश्यक छन् भनि निर्धारण गर्न तपाईंको स्कूलको नर्स तथा स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम टोलीले तपाईंको बच्चाका रेकर्डहरू समीक्षा गर्नेछन्।

आफ्नो बच्चाले प्राप्त नगरोस् भन्ने चाहेका कुनै पनि खोपहरू कट्टा गर्नुहोस्।

### स्कूल-आवश्यक खोपहरू

- डिटिपि/टिडी (बच्चाहरूका लागि डिप्थेरिया, टिटानस, तथा लहरेखोकी)
- टिडिपि (किशोरकिशोरीहरूका लागि टिटानस, डिप्थेरिया, तथा लहरेखोकी)
- पोलियो
- हेपाटाइटिस बि
- एमएमआर (दादुरा, गलफुले, रुबेला)
- मेनिङ्गोकोक्कल ए
- भ्यारिसेला (ठेउला)

### सिफारिस गरिएका बालबालिका/किशोरकिशोरी खोपहरू:

- ह्युमन पापिलोमाभाइरस (एचपिभि)
- इन्फ्लुएन्जा (फ्लु)
- हेपाटाइटिस ए
- मेनिङ्गोकोक्कल बि
- कोभिड-१९ खोप

प्रत्येक खोपका लागि खोप जानकारी वक्तव्य पत्रा लगाउनका लागि कृपया <http://www.immunize.org/vis/> हेर्नुहोस्, जसले सबै खोपहरूका जोखिम तथा लाभहरूको व्याख्या गर्नेछ।

१ यस फारामभर शब्दावली “आमाबाबु/अभिभावक” भन्नाले नमिनलखिति सम्पूर्ण समूहहरू बुझ्नुहोस्: आमाबाबुहरू/कसटोडयिनहरू/आफ्नै तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने मुक्त नाबालकहरू

**स्वास्थ्य सेवाहरू/उपचारका लागि सहमति**

तल हस्ताक्षर गरेर म मेरो बच्चाको स्वास्थ्य प्रबर्द्धन गर्नका लागि आवश्यक हुँदा तल सूचीकृत अतिरिक्त स्कूल-आधारित स्वास्थ्य सेवाहरू ("सेवाहरू") मेरो बच्चाले प्राप्त गरौंस् भनी सहमति प्रकट गर्दछु। यी सेवाहरू सिएमएसडिको साझेदारीमा कुनै स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकले प्रदान गर्नेछन् र सम्पूर्ण स्वास्थ्य प्रदायकहरूको सम्पर्क जानकारी सिएमएसडिको वेबसाइट <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754> मा पाइन्छ भन्ने बुझेको छु। मैले प्राप्त गरिने जाँच तथा उपचार व्यक्ति-उपस्थित रूपमा वा टेलिहेल्थ मार्फत हुन सक्छ भन्ने पनि बुझेको छु। टेलिहेल्थ मार्फत प्राप्त गरिने उपचारले बिरामीसँगको प्रत्यक्ष सम्पर्क गर्न दिँदैन र सो प्रसारण गुणस्तरले प्रभावित पनि हुन सक्छ। यदि मैले मेरो बच्चाले यी सेवाहरू मध्ये कुनै अब प्राप्त नगरोस् भनी चाहेछु भने, म तिनलाई बन्द गरिमात्र अनुरोध गर्न सक्छु, र उक्त अनुरोधले भविष्यमा मेरो बच्चाले प्राप्त गर्ने स्याहारलाई असर गर्ने छैन।

**आर्थिक जिम्मेवारीको सहमति**

स्याहारको खर्च समेट्न मद्दत गर्नका लागि सम्भव भएका बेला बीमा वा अन्य स्वास्थ्य स्याहार कभरेज कार्यक्रमहरूमा बिल गरिनेछ। यदि लागू हुने भए, म सिएमएसडि साझेदार प्रदायकहरूले समयोचित तवरमा भुक्तानी खोजून् भन्नका लागि उपलब्ध स्वास्थ्य बीमासँग सम्बन्धित पूर्ण, शुद्ध र समयोचित जानकारी प्रदान गर्न सहमत छु। यी सेवाहरू विद्यार्थीको भुक्तानी गर्ने क्षमता जे भए वा नभए तापनि विद्यार्थीहरूलाई प्रदान गरिनेछ। म सिएमएसडि साझेदार प्रदायकहरूलाई मेरो बच्चालाई प्रदान गरिएका सेवाहरूका लागि कुनै पनि निजी बीमा नीति, मेडिकेयर, मेडिकेड वा लाभ उपलब्ध हुन सक्ने मैले पहिचान गरेका अन्य कार्यक्रमहरू अन्तर्गत मूल्य पुनर्भुक्तानी गर्न दाबी पेस गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछु। सिएमएसडि साझेदार स्वास्थ्य प्रदायकहरू मार्फत उपलब्ध अतिरिक्त स्कूल-आधारित स्वास्थ्य सेवाहरूका बारेमा जानकारी पढेको छु र बुझेको छु। मेरो बच्चा सिएमएसडिको विद्यार्थी विद्यार्थी रहनुजेल सेवाहरू प्राप्त गरिरहोस् भन्ने अनुमति मेरो हस्ताक्षरले प्रदान गर्दछ। सिएमएसडिलाई एउटा लिखित अनुरोध प्रदान गरेर मेरो सहमति कुनै पनि बेला भङ्ग गर्न सक्छु भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

आमाबाबु/आधिकारिक अभिभावकको हस्ताक्षर (वा विद्यार्थी यदि १८ वर्ष वा माथिको भए वा अन्यथा कानुनले दिने भए):

बच्चा/विद्यार्थीसँगको नाता:

आमाबाबु/आधिकारिक अभिभावकको नाम स्पष्ट लेख्नुहोस्:

मिति:

**स्वास्थ्य जानकारी रिलिज गर्ने अधिकार**

म सिएमएसडि साझेदार स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई निदान, उपचार रेकर्डहरू, खोपहरू तथा ल्याब रिपोर्टहरूसहितको मेडिकल जानकारी उपचार, रेफरल, र/वा स्याहार संयोजनका लागि सिएमएसडिको विद्यार्थी स्वास्थ्य तथा कुशलता पहलहरूमा संलग्न एसवाइसि स्टाफ तथा तेस्रो पक्षहरू समेत सिएमएसडि स्कूल अधिकारीहरूलाई प्रदान गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछु। म सिएमएसडि तथा एसवाइसिलाई मेरो बच्चाको स्कूल रेकर्डहरू अन्तर्गतको मेडिकल वा अन्य सान्दर्भिक व्यक्तिगत जानकारीको एक प्रति सिएमएसडि साझेदार स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई प्रदान गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछु। म सिएमएसडि साझेदार स्वास्थ्य प्रदायकहरूले वर्तमान तथा अधिका स्कूल वर्षहरूका लागि मेरो बच्चाको व्यक्तिगत शैक्षिक, उपस्थिति तथा व्यावहारिक रेकर्डहरू प्राप्त गरून् भन्ने कुरामा सहमत छु जसले गर्दा उनीहरूले मेरो बच्चाका लागि राम्रो सेवा प्रदान गर्न सक्छु।

मैले यौनद्वारा प्रसार हुने रोगहरू, एड्स, एचआइभि, मानसिक स्वास्थ्य, मनोचिकित्सा, र/वा लागुपदार्थ वा मदिरा प्रयोग उपचारसँग सम्बन्धित निश्चित निदान र उपचार जानकारी प्रकटीकरण गर्नका लागि मेरो द्रुत सहमति (वा केही केसहरूमा मेरो बच्चाको द्रुत सहमति) आवश्यक हुन सक्छ भन्ने बुझेको छु। सिएमएसडि साझेदार स्वास्थ्य प्रदायकहरूले यस अधिकारपत्रमा निर्देशित गरिए अनुसार तथा लागूयोग्य कानुनले अनुमति दिए अनुसार त्यस्तो निदान, परीक्षण, वा उपचारसँग सम्बन्धित जानकारी प्रकट गर्न सक्छन्।

मैले यस अधिकारपत्रमा हस्ताक्षर गरिरहन आवश्यक छैन, र यो मैले आफ्नो स्वतन्त्र इच्छाले गरेको हुँ, तथा मेरो बच्चाको जानकारी प्रकटीकरण गर्नका लागि यदि मैले यस अधिकारपत्रमा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गरौं भने, त्यसले सूचीकृत कुनै पनि प्रदायकबाट मेरो बच्चाले प्राप्त गर्ने स्याहार वा उपचारमा कुनै बाधा पर्ने छैन भन्ने मैले बुझेको छु। मैले मेरो बच्चाको जानकारी प्रकटीकरण अघि कुनै पनि समयमा यो अधिकारपत्र रद्द गर्न सक्छु, यद्यपि त्यस्तो रद्द गराइले उक्त लिखित रद्द सूचना बुझाउनु अघि प्रकट गरिएको जानकारीलाई भने असर गर्ने छैन भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। म यस सहमति अन्तर्गत प्रकट गरिएको जानकारी प्राप्तकर्ताले पुनः प्रकट गर्ने सक्छन् र सो जानकारी यस उपरान्त सुरक्षित नहुन सक्छ भन्ने बारेमा पनि सचेत छु।

**गोपनियता अभ्यास प्राप्तिस्वीकारको सूचना**

मैले सिएमएसडि साझेदार स्वास्थ्य प्रदायकहरूका लागि गोपनियता अभ्यासहरूको सूचना को एक प्रति अनुरोध गर्न सक्छु भन्ने विषयमा मलाई सूचीत गरिएको छ। मैले ती सूचनाहरू <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754> मा अनलाइन हेर्न सक्छु भन्ने कुरा मलाई थाहा छ। मैले गोपनियता सूचनाका सर्तहरू परिवर्तन हुन सक्छन् तथा सिएमएसडि साझेदार स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई फोनद्वारा वा लिखित रूपमा सम्पर्क गरेर ती परिवर्तित सूचनाहरू प्राप्त गर्न सक्छु भन्ने बुझेको छु। मैले मेरो संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी कसरी प्रकट गरिन्छ वा प्रदान गरिन्छ भन्ने कुरा सोध्ने अधिकार रहेको कुरा बुझेको छु। मैले स्वास्थ्य जानकारी प्रकट गर्नका लागि यो अधिकारपत्र पढेको छु र माथि व्याख्या गरिए अनुसार मेरो बच्चाको जानकारी प्रकट गर्ने कुरामा सहमत छु। मैले यस प्रलेखमा व्याख्या गरिएको गोपनियता अभ्यासहरूको सूचना कसरी प्राप्त गर्ने भन्ने विषयमा जानकारी पनि प्राप्त गरेको स्वीकार गर्दछु। यो अधिकारपत्र मेरो बच्चा सिएमएसडिमा भर्ना रहनुजेल वा मैले लिखितमा यसलाई अन्त्य नगर्नुजेल वैध रहनेछ।

आमाबाबु/आधिकारिक अभिभावकको हस्ताक्षर:

बच्चा/विद्यार्थीसँगको नाता:

आमाबाबु/आधिकारिक अभिभावकको नाम स्पष्ट लेख्नुहोस्:

मिति: