



د ښوونځي پر بنسټ (په ښوونځي کې) د روغتيا خدمتونو لپاره د رضایت فورمه



Cleveland Metropolitan (کلېولینډ میټروپولیتین) ښوونځي ولسوالۍ ("CMSD") او Say Yes Cleveland ("SYC") د ټولني ادارو سره په شریکه په ښوونځي کې د اضافي روغتيايي خدمتونو وړاندیز کوي. ستاسې د ماشوم لپاره د CMSD شریک روغتيا چمتو کونکو څخه د دې روغتيايي خدمتونو ترلاسه کولو لپاره د رضایت د دې فورمې بشپړول اړینه ده. د ښوونځي نرسنگ او بیړني خدمتونه به چمتو شي دا چې تاسې غواړئ او که نه چې په دغه اضافه شوي خدمتونو کې برخه اخستل انتخاب کړئ.

د زده کونکي/ناروغ معلومات

د زده کونکي وروستی نوم: _____ د زده کونکي لومړی نوم: _____
 د زېږون نېټه: _____
 د زېږون په وخت کې جنسیت (مهرباني وکړئ چېک (په نښه) یې کړئ): ښځینه نارینه جنسیت: _____
 د کور ادرس (پته): _____ ښار _____
 ایالت _____ زېږ کور: _____ د تلیفون شمېره _____ د ښوونځي نوم: _____
 د خوبې ژبه: _____ ایا زده کونکی هسپانوي/لاطیني دی؟ (مهرباني وکړئ چېک یې کړئ)؟ هو نه
 توکم یا نژاد (مهرباني وکړئ چېک یې کړئ): امریکایي هندي/د الاسکا اوسېدونکی اسیایي
 د هوایي اوسېدونکی/د ارام بحر د نورو ټاپوگانو اوسېدونکی سپین پوستی تور پوستی/افریقایي امریکایي
 نه غواړم ځواب ورکړم نور: _____

د قانوني سرپرست معلومات (دا به لومړی کس وي چې د زده کونکي د روغتيا په اړه ورسره اړیکه نیول کېږي)

د سرپرست وروستی نوم: _____ لومړی نوم: _____
 د زېږون نېټه: _____ د ګمارونکي نوم (که شتون ولري): _____
 د تلیفون شمېره _____ برېښنالیک _____
 د زده کونکي سره اړیکه _____ ایا د زده کونکي سره اوسېږي؟ هو نه

د زده کونکي/ناروغ د بیمې معلومات (که معلوم یا ښکاره وي)

ماشوم/بالغ بیمه لري (مهرباني وکړئ چېک یې کړئ): هو نه
 د بیمه ورکونکي شرکت نوم: _____ د ګډونوال نوم: _____
 د ډلې شمېره: _____ د ګډونوال ID (پېژند نوم): _____

د بیړني اړیکې معلومات (پرته د قانوني سرپرست څخه)

نوم: _____ د زده کونکي سره اړیکه: _____
 د تلیفون شمېره: _____ ایا مونږ کولی شو یو پیغام پرېږدو؟ هو نه

د زده کونکي د روغتيا معلومات (د مور او پلار/سرپرست لخوا باید بشپړ شي) مهرباني وکړئ ټول هغه چېک (په نښه) کړئ چې د تطبیق وړ وي.

<input type="checkbox"/> په اورېدلو کې د مرستې وسیلې <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د وده کولو ستونزې <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د زړه ستونزه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساه لنډي <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> دوره یا د رواني ناروغۍ ناڅاپه څپه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سرطان/د وینې سرطان <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د تمباکو کارول <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اېکزیما <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> د پښتورگو، بولي سپستم ناروغۍ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د وخت نه مخکې زېږون <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د وینې اختلالات <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نمونیا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> د موادو/مخدره موادو څخه ناوړه ګټه اخستل <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د رواني روغتيا اندېښنې <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د مثاني/ادرار ستونزې <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نیم سړی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> د لېږد (سیسي) پخوانۍ یا اوسنۍ لوره کچه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د نخاع (د ملا تیر) اختلالات <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sickle Cell (سېکل سېل) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شکر <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> عېنکې/کانټیکټ لینزونه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د خټې یا کولمو اختلال <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نری رنځ <input type="checkbox"/>

د لومړنۍ پاملرنې چمتو کونکي معلومات

د لومړنۍ پاملرنې چمتو کونکي نوم/ډاکټر (PCP):

د PCP موقعیت (مهرباني وکړئ چېک یې کړئ): د پاملرنې اتحادیه (د عامه روغتیا پاملرنې ملي سیستم) د گاونډي کورنۍ کرڼه (تمرین) NEON (هغه ماشوم چې د هغې څخه مخکینی ماشوم مړ پیدا شوی وي یا ضایع شوی وي) کوچني او ماشومان نور:

د درمل اخستلو لپاره غوره درملتون

نوم: _____ پته: _____ د تلیفون شمېره: _____

د ناروغ/زده کونکي الرجی گانې (حساسیتونه)

معلوم حساسیتونه نشته هو—مهرباني وکړئ لاندې یې لېسټ کړئ:

حیوانات: _____ حشرات: _____ خواړه: _____

موسمي: _____ درمل: _____

د معافیت اخستلو تاریخچه

آیا ستاسې ماشوم د کوم معافیت/شاتونو (واکسین) اخستلو پر مهال کله کوم عکس العمل درلود؟ هو. نه

که هو وي، مهرباني وکړئ عکس العمل تشریح کړئ _____

کوم ډول معافیت/شات د عکس العمل لامل شو: _____

خدمتونه: په ښوونځي کې اضافي روغتیايي خدمتونو کې ممکن لاندې خدمتونه شامل وي تر هغې چې تاسې مونږ ته ووايست چې.

هغه خدمتونه د لېسټ څخه لرې نه کړو کوم چې تاسې نه غواړئ ستاسې ماشوم یې ترلاسه کړي.

- د مخدره توکو یا الکول کارولو درملنه
- د جنسي ښه والي خدمتونه
- د لید او اورېدلو سکریټنگ او درملنه
- د لید (سیسې) معاینه/سکریټنگ
- د COVID-19 معاینه/سکریټنگ
- د غاښونو سکریټنگ او خدمتونه (د غاښونو ایکسری، د غاښونو پوښول، او پاکول؛ د درملنې په موخه ډکول، د فلوراید تطبیقول)
- د روغتیا ښوونې او وقایې برنامې
- د سپورتي درملو خدمتونه
- فزیکي معاینې (ښه-ماشوم، سپورټ، کار)
- د ټپ/ناروغۍ لپاره پاملرنه او درملنه
- ورکړل شوي درمل (البيټرول، ایپي نفرین، انټي بايوټيکونه، نسخې (تجویز شوي درمل) او هغه درمل چې د نسخې پرته ترلاسه کیدی شي)
- د روټین (معمول) لابراتواري معاینات
- د ماشومتوب/ځوانۍ عامو روغتیايي اندېښنو په اړه پاملرنه (وزن، دانې، د میاشتنۍ ناروغۍ یا حبص ستونزې)
- د مختلفو مزمونو حالتونو پاملرنه (لکه ساه لنډي، د رواني دورباختلالات، یا شکر)
- د رواني/چلند روغتیا ارزونه، سکریټنگ، او مداخله (د ۸۱ کلن څخه کم عمر ماشومانو لپاره د مور او پلار/سرپرست اضافي رضایت اړین دی)

معافیتونه (شاتونه یا واکسین): ستاسې د ښوونځي نرس او د ښوونځي د روغتیايي برنامې ټیم به ستاسې د ماشوم د ریکارډ بیاکتنه کوي ترڅو معلومه کړي چې کوم واکسینونه اړین دي.

په هغه واکسین چلیپا کښ کړئ (د لېسټ څخه یې لرې کړئ) کوم چې تاسې نه غواړئ ستاسې ماشوم یې ترلاسه کړي.

د ماشومانو/تنکی ځوانانو لپاره وړاندیز شوي معافیتونه:

- انساني پیلو ویروس (HPV)
- انفلونزا (Flu) یا یو ډول تنفسي او ساري ناروغۍ
- هپیتایټس A
- میننجوکوکل B
- د COVID-19 واکسین

د ښوونځي لپاره اړین معافیتونه:

- DTaP/Td (ډیفټیریا، ټیتانوس، د ماشومانو لپاره توره یا شنه توخله)
- Tdap (ټیتانوس، ډیفټیریا، او د ځوانانو لپاره توره توخله)
- پولیو (گوزن)
- هپیتایټس بی (تور زېړی)
- MMR (شری، ممپس یا ټنډ غومبوزې ناروغۍ، رویلا)
- میننجوکوکل A
- ویرسیلا (Chicken Pox یا کوڅکی)

د هر واکسین په اړه د واکسین معلوماتي بیان موندلو لپاره مهرباني وکړئ د <http://www.immunize.org/vis> څخه لیدنه وکړئ کوم چې به تاسې ته د هر واکسین خطرونه او گټې تشریح کړي.

¹ د دې فورمې په اوږدو کې د "مور یا پلار/سرپرست" اصطلاح د لاندې ټولو ډلو په معنی ده: مور او پلار/ساتونکي/خوشې شوي یا ازاد شوي ماشومان (هغه چې د ۸۱ کلنۍ څخه ښکته وي) چې په خپل استازیتوب لاسلیک کوي.

روغتیايي خدمتونو/درملنې لپاره رضایت

په لاندې لاسلیک کولو سره، زه د خپل ماشوم لپاره رضایت لرم چې په ښوونځي کې اضافي روغتیايي خدمتونه ترلاسه کړي ("هغه خدمتونه") چې لاندې لېسټ شوي تر څو د اړتیا په صورت کې زما د ماشوم روغتیا ته وده ورکړي. زه پوهېږم چې دا خدمتونه به د یو روغتیايي چمتو کونکي لخوا د CMSD سره په شراکت (ملګرتیا) ترسره کېږي او دا چې د ټولو شریکو روغتیا چمتو کونکو لپاره د اړیکو معلومات به د CMSD په وېب پاڼه په <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754> موندلی شي. زه پدې هم پوهېږم چې معاینه او درملنه به ممکن مخامخ (شخصي توګه) یا د ټیلي هیلټ (د مخابراتي ټګنالوژۍ له لارې له لېرې څخه د روغتیا پاملرنه چمتو کول) له لارې وي. د ټیلي هیلټ کارولو له لارې ترلاسه شوې درملنه د یو ناروغ سره مستقیمه اړیکه نیولو لپاره اجازه نه ورکوي او کیدی شي چې د مخابراتي اړیکې د کیفیت اغیز لاندې راشي. که زه نور نه غواړم چې زما ماشوم د دې خدمتونه څخه کوم یو ترلاسه کړي، زه ممکن غوښتنه وکړم چې دا دې ودرول شي، او دا چې دا غوښتنه به زما په وړتیا چې زه وکولی شم په راتلونکي کې د خپل ماشوم لپاره طبي پاملرنه ترلاسه کړم کومه اغېزه ونکړي.

د مالي مسؤلیت تړون

هر کله چې امکان ولري د پاملرنې لګښت پوښولو کې د مرستې لپاره د بیمې یا د روغتیا پاملرنې د پوښښ نورو برنامو څخه د تادیاتو غوښتنه کېږي. که د تطبیق وړ وي، زه موافق یم چې د کومې موجودې روغتیايي بیمې په اړه بشپړ، دقیق، او پر وخت معلومات چمتو کړم تر څو د CMSD شریک چمتو کونکي وکولی شي په وخت د تادیاتو غوښتنه وکړي. دا خدمتونه زده کونکو لپاره چمتو کېږي که یو زه کونکی بیمه یا د تادیاتو وړتیا ولري او که نه. زه د CMSD شریک چمتو کونکو ته حق ورکوم چې د هر یو شخصي روغتیايي بیمې پالیسي، مېډیکېډ یا کومو نورو برنامو لاندې، چې زه یې په ګوته کوم او د کومو لپاره چې ممکن یوه ګټه شتون ولري تر څو زما ماشوم ته د چمتو شوي خدمتونو لپاره پیسې ورکړي، د تادیاتو لپاره ادعاګانې وړاندې کړي (وسپاري). ما د CMSD شریک روغتیايي چمتو کونکو له لارې موجود په ښوونځي کې اضافي روغتیايي خدمتونو په اړه معلومات لوستلي او پې پوه شوی یم. زما لاسلیک زما ماشوم ته رضایت چمتو کوي چې دا خدمتونه تر هغه پورې ترلاسه کړي تر څو چې زما ماشوم په CMSD کې یو زده کونکی وي. زه پوهېږم زه کولی شم چې هر کله CMSD ته د یوې لیکلې غوښتنې په چمتو کولو سره خپل رضایت لغوه کړم.

د مور او پلار/قانوني سرپرست (یا د زده کونکي که ۸۱ کاله یا پورته عمر ولري یا په بل صورت د قانون له خوا ورته اجازه ورکړل شوې وي) لاسلیک:

د مور او پلار/قانوني سرپرست نوم چاپ کړئ:

د ماشوم/زده کونکي سره اړیکه: _____ نېټه: _____

روغتیا معلومات د خپرولو اجازه

زه د CMSD شریک روغتیا چمتو کونکو ته اجازه ورکوم چې زما د ماشوم طبي معلومات، د تشخیص، د درملنې ریکارډ، واکسینونو، او د لابراتوار پایلو په شمول، د CMSD د ښوونځي چارواکو ته، د SYC کارمندانو او درېمې ډلې په شمول، چمتو کړي څوک چې درملنې، راجع کولو، او/یا د پاملرنې همغږي لپاره د CMSD زده کونکو د روغتیا او ښه والي نوښتونو سره په مرسته کولو کې بوخت دي. زه CMSD او SYC ته اجازه ورکوم چې زما د ماشوم طبي ریکارډ یا د هغه د ښوونځي ریکارډونو کې نور اړونده شخصي معلوماتو یو نقل د CMSD شریک روغتیا چمتو کونکو ته چمتو کړي. زه موافق یم چې د CMSD شریک روغتیا چمتو کونکو ته اجازه ورکړم چې د ښوونځي روان او تېر کال لپاره زما د ماشوم انفرادي اکاډمیک، د حاضرۍ، او د چلند ریکارډ ته لاسرسی ومومي تر څو دوی وکولی شي زما ماشوم ته غوره خدمتونه چمتو کړي.

زه پوهېږم چې زما څرگند رضایت (یا په ځینو مواردو کې، زما د ماشوم څرگند رضایت) به د جنسي انتقالي ناروغیو، HIV، AIDS، رواني ناروغۍ، رواني درملنې، او/یا د مخدره توکو یا الکل کارولو درملنې په اړه د ځیني تشخیصي او درملني معلوماتو افشا کولو لپاره اړین وي. د CMSD شریک روغتیا چمتو کونکي کولی شي یواځې د دې ډول تشخیص، معاینې، یا درملنې په اړه معلومات افشا کړي لکه څنګه چې په دې جواز (اجازه نامې) کې لارښود شوي او یا د تطبیق (پلي کېدو) وړ قانون لاندې ورته اجازه ورکړل شوې وي.

زه پوهېږم چې زه د دې جواز لاسلیک کولو ته اړتیا نلرم، دا چې زه دا په خپله خوښه کوم، او دا چې که چېرې زه د خپل ماشوم د معلوماتو افشا کولو دغه جواز لاسلیک کولو نه انکار وکړم، دا به په هیڅ ډول زما د ماشوم لپاره د لېسټ شوو چمتو کونکو څخه د کوم یو څخه د پاملرنې یا درملنې ترلاسه کولو مخنیوي ونکړي. زه پوهېږم زه کولی شم دغه جواز، زما د ماشوم د معلوماتو د افشا کولو څخه د مخه، په هر وخت کې په لیکلي بڼه لغوه کړم، که څه هم دا ډول لغوه کول به د لغوه کولو یو لیکلي خبرتیا د سپارلو څخه د مخه افشا شوي معلوماتو اغېز ونکړي. زه له دې هم خبر یم چې د دې رضایت لاندې د افشا شوي معلوماتو د ترلاسه کونکي له خوا د بیا افشا کولو احتمال شته او دا (معلومات) به نور خوندي نه پاتې کیږي.

د محرمیت د تمرینونو د منلو خبرتیا

ما ته خبرتیا راکړل شوې ده چې زه د CMSD شریک روغتیا چمتو کونکو لپاره د محرمیت د تمرینونو د خبرتیا فورمې یو کاپي (نقل) غوښتنه وکړم. زه پوهېږم چې زه دا انلاین هم کتلی شم په <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754>. زه پوهېږم چې د محرمیت د خبرتیا شرایط ممکن بدل شي او زه ممکن د CMSD شریک روغتیا چمتو کونکو سره د اړیکه نیولو له لارې دا بدل شوې خبرتیا ترلاسه کړم. زه پوهېږم چې دا حق لرم پوښتنه وکړم چې زما د روغتیا خوندي معلومات به څنګه کارول کیږي یا ورکول کیږي. زه تاییدوم (تصدیقوم) چې ما د روغتیا معلوماتو خپرولو دا اجازه نامه لوستلې ده او موافق یم چې زما د ماشوم معلومات دې لکه څنګه چې پورته تشریح شوي خپاره کړل شي. زه دا هم منم چې ما د محرمیت د تمرینونو خبرتیا د ترلاسه کولو د څرنگوالي په اړه معلومات ترلاسه کړي لکه څنګه چې په دې سند کې توضیح شوي. دا د اجازې فورمه به د منلو وړ وي تر هغه چې زما ماشوم په CMSD کې داخل وي یا دا چې زه یې په لیکلي بڼه لغوه کړم.

د مور او پلار/قانوني سرپرست لاسلیک:

د مور او پلار/قانوني سرپرست نوم چاپ کړئ:

د ماشوم/زده کونکي سره اړیکه: _____ نېټه: _____