

Jina la Mwanafunzi: _____

Tarehe ya Kuzaliwa ya Mwanafunzi: _____



FOMU YA RIDHAA YA HUDUMA ZA AFYA SHULENI



Cleveland Metropolitan School District ("CMSD") na Say Yes Cleveland ("SYC") hushirikiana na mashirika ya jamii ili kutoa Huduma za ziada za Afya Shuleni. Kujaza fomu hii ya idhini kunahitajika ili mtoto wako apokee huduma hizi za afya kutoka kwa watoa huduma wa afya washirika wa CMSD. **Huduma za uuguzi shuleni na za dharura zitatolewa ikiwa utachagua kushiriki au kutoshiriki katika huduma hizi zilizoongezwa.**

Taarifa za Mwanafunzi/Mgonjwa

Jina la Mwisho la Mwanafunzi: _____ Jina la Mwanzo la Mwanafunzi: _____

Tareheel ya Kuzaliwa: _____ Jinsia wakati wa Kuzaliwa (Angalia): Mwanamke Mwanaume Jinsia: _____

Anwani ya Nyumbani: _____ Jiji: _____

Jimbo: _____ Namba ya Posta: _____ Nambari ya Simu: _____ Jina la Shule: _____

Lugha Inayopendekezwa: _____ Je, mwanafunzi huyu ni Mhispania/Latino? (tafadhali angalia)? Ndio Hapana

Taifa (tafadhali angalia): Mhindi wa Marekani/Mzaliwa wa Alaska Mwaasia

Asili wa Hawaii/Wakazi Wengine wa Visiwa vya Pasifiki Mweupe Mweusi/Mmarekani Mwafrika Sitaki kujibu

Nyingine: _____

Taarifa za Mlezi wa Kisheria (Huyu ndiye atakayetafutwa kuhusu afya ya mwanafunzi)

Jina la Mwisho wa Mlezi wa Kisheria: _____ Jina la Mwanzo: _____

Tareheel ya Kuzaliwa: _____ Jina la Muajiri (kama lipo): _____

Nambari ya Simu: _____ Barua pepe: _____

Uhusiano na Mwanafunzi _____ Anaishi na Mwanafunzi? Ndio Hapana

Taarifa za Bima ya Mwanafunzi/Mgonjwa (Kama Inajulikana)

Mtoto/Kijana ana bima (tafadhali angalia): Ndio Hapana

Jina la Kampuni ya Bima: _____ Jina la Msajili: _____

Nambari ya Kikundi: _____ Kitambulisho cha Msajili: _____

Maelezo ya Mawasiliano ya Dharura (mbali na mlezi wa kisheria)

Jina: _____ Uhusiana na Mwanafunzi: _____

Nambari ya Simu: _____ Je, tunaweza kuacha ujumbe? Ndio Hapana

Taarifa za Afya ya Mwanafunzi (zizazwe na mzazi/mlezi wa kisheria) Tafadhali angalia yote yanayohusika.

Pumu

Saratani/Leukemia

Ukurutu

Kipandauso

Kuzaliwa Mapema

Sindu Seli

Matatizo ya Mgongo

Matatizo ya Kibofu/Mkojo

Mishtuko ya moyo

Miwani/Lenzi za mboni

Visaidizi vya Kusikia

Wasiwasi wa Afya ya Akili

Ugonjwa wa Damu

Kisukari

Nimonia

Ugonjwa wa Figo

Tatizo la Moyo

Matatizo ya Ukuaji

Ugonjwa wa Utumbo

Kifua kikuu/TB

Matumizi ya Tumbaku

Madawa ya Kulevya/
Matumizi mabaya ya
Madawa

Kiwango cha Uongozi cha
Zamani au cha Sasa

Jina la Mwanafunzi: _____

Tarehe ya Kuzaliwa ya Mwanafunzi: _____

Taarifa za Mtoa Huduma ya Msingi

Jina la Mtoa Huduma
ya Msingi/Daktari (PCP):

Eneo la Mtoa Huduma ya
Msingi PCP (tafadhali angalia):
 Care Alliance
 MetroHealth

Neighborhood Family
Practice
 NEON

UH/Rainbow Babies and
Children
 Nyingine: _____

Duka la Rejareja Linalopendekezwa

Jina: _____ Anwani: _____ Nambari ya Simu: _____

Mzio wa Mgonjwa/Mwanafunzi

HAKUNA MZIO UNAOJULIKANA

NDIYO—Tafadhali orodhesha hapa chini:

Chakula: _____ Wadudu: _____

Dawa: _____ Msimu: _____

Wanyama: _____

Historia ya Chanjo

Je! mtoto wako alishwahi kuwa na hisia kwa chanjo/pigo zozote? Ndio Hapana

Kama NDIO, tafadhali elezea matokeo _____

Ni aina gani ya chanjo ilisababisha: _____

Huduma: Huduma za ziada za afya shuleni zinaweza kujumuisha huduma zifuatazo isipokuwa utuambie tusifanye hivyo.

Ondoa huduma zozote AMBAZO HUTAKI mtoto wako apokee.

- Mazoezii ya mwili (mtoto-mzima, michezo, kazi)
- Utunzaji na matibabu ya jeraha/ugonjwa
- Utoaji wa dawa (albuterol, epinephrine, antibiotiki, maagizo na dawa za dukani)
- Vipimo vya kawaida vya maabara
- Kutunza afya ya watoto/kijana (uzito, chunusi, matatizo ya hedhi)
- Utunzaji wa hali fulani sugu (kama vile pumu, shida ya kifafa, au kisukari)Tathmini ya afya ya akili/tabia, uchunguzi, na uingiliaji kati (ridhaa ya ziada ya mzazi/mlezi inahitajika kwa watoto walio chini ya umri wa miaka 18)
- Matibabu ya matumizi ya madawa ya kulevya au pombe
- Huduma ya afya ya jinsia
- Uchunguzi wa maono na kusikia na matibabu
- Upimaji/uchunguzi wa kiongozi
- Upimaji/uchunguzi wa COVID-19
- Uchunguzi wa meno na huduma (eksirei ya meno, vifunga, na usafishaji; kujazwa kwa matibabu, uwekaji wa floridi)
- Mipango ya elimu ya afya na kinga
- Huduma za dawa za michezo

Kinga (risasi): Muuguzi wa shule yako na timu ya Mpango wa Afya ya Shule watakagua rekodi ya mtoto wako ili kubaini ni kinga zipi zinahitajika.

Kata kinga zozote AMBAZO HUTAKI mtoto wako apokee.

Chanjo Zinazohitajika Shuleni:

- DTap/Td (diphtheria, pepopunda, na kifaduro kwa watoto)
- Tdap (tetanasi, diphtheria, na kifaduro kwa vijana)
- Polio
- Hepatitis B
- MMR (Surua, Mabusha, Rubella)
- Meningococcal A
- Varicella (Tetekwanga)

Chanjo Zinazopendekezwa kwa Watoto/Kijana:

- Papillomavirus ya binadamu (HPV)
- Mafua (Mafua)
- Hepatitis A
- Meningococcal B
- Chanjo ya covid-19

Tafadhali tembelea <http://www.immunize.org/vis/> ili kupata Taarifa ya Chanjo kwa kila chanjo, ambayo itaeleza hatari na manufaa ya chanjo zote.

Katika fomu hii yote neno "Mzazi/Mlezi" linamaanisha vikundi vyote vifuatavyo: wazazi/walezi/watoto walioachiliwa wanaotia sahihi kwa niaba yao wenyewe.

Idhini ya Huduma za Afya/Matibabu

Kwa kutia sahihi hapa chini, ninakubali mtoto wangu apokee Huduma za ziada za Afya Shuleni ("Huduma") zilizoorodheshwa hapa chini inapohitajika ili kukuza afya ya mtoto wangu. Ninaelewa kuwa Huduma hizi zitatekelezwa na mtoa huduma wa afya kwa ushirikiano na CMSD na kwamba maelezo ya mawasiliano ya watoa huduma wote wa afya washirika yanaweza kupatikana kwenye tovuti ya CMSD katika <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754>. Pia ninaelewa kuwa uchunguzi na matibabu yanaweza kuwa ya ana kwa ana au kwa njia ya simu. Matibabu yanayopokelewa kwa kutumia telehealth hairuhusu mtu kugusana moja kwa moja na mgonjwa na yanaweza kuathiriwa na ubora wa maambukizi. Ikiwa sitaki tena mtoto wangu apokee Huduma zozote, ninaweza kuomba zisitishwe, na ombi hilo halitaathiri uwezo wangu wa kupata huduma ya matibabu kwa mtoto wangu katika siku zijazo.

Makubaliano ya Wajibu wa Kifedha

Bima au mipango mingine ya huduma za afya hutozwa kila inapowezekana ili kusaidia kulipia gharama ya utunzaji. Ikiwezekana, ninakubali kutoa maelezo kamili, sahihi na kwa wakati unaofaa yanayohusiana na bima yoyote ya afya inayopatikana ili watoa huduma washirika wa CMSD watafute malipo kwa wakati ufaao. Huduma hizi hutolewa kwa wanafunzi iwe mwanafunzi ana bima au ana uwezo wa kulipa. Ninawapa watoa huduma washirika wa CMSD haki ya kuwasilisha madai ya kurejeshewa fedha chini ya sera yoyote ya kibinafsi ya bima ya afya, Medicare, Medicaid au programu zozote ambazo ninatambua ambazo faida yake inaweza kupatikana kulipia Huduma zinazotolewa kwa mtoto wangu. Nimesoma na kuelewa maelezo kuhusu Huduma za ziada za Afya Shuleni zinazopatikana kupitia watoa huduma wa afya washirika wa CMSD. Sahihi yangu hutoa idhini kwa mtoto wangu kupokea Huduma kwa muda mrefu kama mtoto wangu ni mwanafunzi katika CMSD. Ninaelewa kuwa ninaweza kubatilisha idhini yangu wakati wowote kwa kutoa ombi lililoandikwa kwa CMSD.

Sahihi ya Mzazi/Mlezi wa Kisheria (au mwanafunzi akiwa na umri wa miaka 18 au zaidi au inaruhusiwa vinginevyo na sheria):

Chapisha Jina la Mzazi/Mlezi wa Kisheria:

Uhusiano na Mtoto/Mwanafunzi: _____

Tarehe: _____

Uidhinishaji wa Kutoa Taarifa za Afya

Ninawaidhinisha wahudumu wa afya washirika wa CMSD kutoa maelezo ya matibabu ya mtoto wangu, ikiwa ni pamoja na uchunguzi, rekodi za matibabu, chanjo, na matokeo ya maabara, kwa maafisa wa shule ya CMSD, wakiwemo wafanyakazi wa SYC na wahusika wengine, wanaohusika katika kuwezesha mipango ya afya na siha ya wanafunzi ya CMSD, kwa matibabu, rufaa, na/au uratibu wa matunzo. Ninaidhinisha CMSD na SYC kutoa nakala ya maelezo ya matibabu au taarifa nyingine muhimu za kibinafsi ndani ya rekodi za shule za mtoto wangu kwa watoa huduma za afya washirika wa CMSD. Ninakubali kuwaruhusu wahudumu wa afya washirika wa CMSD kufikia rekodi binafsi za masomo, mahudhuri na tabia za mtoto wangu kwa miaka ya sasa na ya awali ya shule ili waweze kutoa huduma bora kwa mtoto wangu.

Ninaelewa kuwa idhini yangu ya moja kwa moja (au katika hali nyingine, idhini ya mtoto wangu) inaweza kuhitajika ili kufichua maelezo fulani ya utambuzi na matibabu yanayohusiana na magonjwa ya zinaa, UKIMWI, VVU, ugonjwa wa akili, matibabu ya akili, na/au dawa za kulevya au matibabu ya matumizi ya pombe. Watoa huduma za afya washirika wa CMSD wanaweza tu kufichua maelezo yanayohusiana na uchunguzi, upimaji, au matibabu kama ilivyoelekezwa katika idhini hii na inavyoruhusiwa chini ya sheria inayotumika.

Ninaelewa kuwa sitakiwi kutia sahihi idhini hii, kwamba ninafanya hivyo kwa hiari yangu mwenyewe, na kwamba nikiataa kutia sahihi idhini hii ili kufichua habari za mtoto wangu, haitamzuia mtoto wangu kupata matunzo kwa njia yoyote ile au. matibabu kutoka kwa yeyote kati ya watoa huduma walioorodheshwa. Ninaelewa kuwa ninaweza kusitisha uidhinishaji huu kwa maandishi wakati wowote, kabla ya taarifa ya mtoto wangu kutolewa, ingawa usitishaji huo hautaathiri maelezo yaliyotolewa kabla ya kuwasilisha ilani iliyoandikwa ya kusimamisha kazi. Pia ninafahamu kuwa kuna uwezekano wa maelezo yaliyofichuliwa chini ya idhini hii kufichuliwa upya na mpokeaji na hayatalindwa tena.

Notisi ya Uthibitishaji wa Mazoea ya Faragha

Nimearifiwa kwamba ninaweza kuomba nakala ya fomu za Notisi ya Mazoea ya Faragha kwa watoa huduma za afya washirika wa CMSD. Ninajua kuwa ninaweza pia kuzitazama mtandaoni katika <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754>. Ninaelewa kuwa masharti ya Notisi ya Faragha yanaweza kubadilika na ninaweza kupata arifa hizi zilizobadilishwa kwa kuwasiliana na watoa huduma za afya washirika wa CMSD kwa simu au kwa maandishi. Ninaelewa kuwa nina haki ya kuuliza jinsi maelezo yangu ya afya yanayolindwa yatakavyotumiwa au kutolewa. NINATHIBITISHA KWAMBA NIMESOMA RIDHIKI HII ILI KUTOA TAARIFA ZA AFYA NA KUKUBALI KUTOLEWA KWA MAELEZO YA MTOTO WANGU JINSI ILIVYOJIRI HAPO JUU. AIDHA NINAKUBALI KWAMBA NIMEPOKEA MAELEZO KUHUSU JINSI YA KUPOKEA TAARIFA YA USIMAMIZI WA FARAGHA KAMA IMEELEZWA KATIKA WARAKA HUU. FOMU HII YA IDHINI ITABAKI HALALI MTOTO WANGU AMEJIANDIKISHA CMSD AU MPAKA NITAKAPOITISHA KWA MAANDISHI.

Sahihi ya Mzazi/Mlezi wa Kisheria:

Uhusiano na Mtoto/Mwanafunzi:

Chapisha Jina la Mzazi/Mlezi wa Kisheria:

Tarehe: _____