

**紐約市教育局學校健康計劃
學校家長同意表**

(接受服務的學校)

(H CSP)

(H CSP 地址)

學校健康中心提供的服務

我同意子女接受州認證的 _____ (H CSP) 保健專業人員的健康醫護服務，這些服務是紐約州健康廳批准的學校保健計劃的一部分。我了解，根據法律規定，學生與保健服務人員之間的保密要求將得到確保，並且學生將得到鼓勵讓家長或監護人參與諮詢和醫療照顧的決策。學校保健中心提供的服務可能包括，但不限於如下各項：

1. 規定的學校健康服務，包括：含視力（含眼鏡）、聽力、哮喘、癩肥、脊柱側凸、肺結核和其他健康問題在內的篩查、急救以及規定的和推薦的免疫注射。
2. 綜合體檢（全面醫療檢查），包括為學校、體育運動、工作許可證以及新生入學所需的檢查。
3. 根據醫療處方進行的實驗室化驗，例如檢查貧血、鐮狀紅細胞和糖尿病的化驗。
4. 醫療照顧和治療，包括急性和慢性疾病的診斷以及藥物治療的處方和配藥。
5. 精神健康服務，包括鑑定、診斷、治療和轉診。
6. 生殖健康服務，包括禁慾諮詢輔導、避孕措施（配給避孕藥、避孕套、狄波—Depo—避孕注射針劑及其他措施）、孕檢測試、性傳播疾病（STD）篩檢和治療、艾滋病病毒（HIV）測試、子宮頸抹片檢查（PAP smears）以及對異常症狀的轉診，這些健康服務視學生年齡而定。
7. 為預防某些風險行為提供健康教育和諮詢，這些風險行為包括：藥物濫用、酗酒和吸煙成癮，提供有關禁慾的教育，並進行與年齡相適應的有關懷孕、性傳播疾病和艾滋病病毒的預防教育。
8. 牙科檢查包括：診斷、治療以及（在能提供的情況下）補牙填充。
9. 對學校健康中心無法提供的服務，則予以轉診。
10. 年度健康問卷/調查。

紐約市教育局

關於家長同意健康資訊發佈的概要說明

家長對符合《健康保險攜帶與責任法案》（HIPAA）的健康資訊發佈同意書

我在本表正面的簽名，表明我准許有關醫療資訊的發佈。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，則表明我准許將此醫療資訊發佈給紐約市教委會（Board of Education of the City of New York），又名紐約市教育局（New York City Department of Education），這是因為「教育總監條例」規定如此，或者是因為保護學生的健康和需要而需要這麼做。在我提出請求時，則披露該醫療資訊的機構或個人必須提供給我一份本表格的備份。法律規定家長必須向學校提供某種資訊（如免疫注射證明）。不提供這一資訊，就可能導致該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，我不必一定要准許發佈我的子女的醫療資訊，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健康中心說明我的准許作廢。然而，一旦某項資訊已被發佈，在撤回准許之前已被發佈的資訊並不能回溯撤回。

我准許 _____ (H CSP) 學校健康中心將本表正面所列出的學生的具體資訊發佈給紐約市教育局。

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護我的子女的健康和安全，對下面列出的醫療資訊，學校健康中心可向紐約市教育局發佈有關資訊，紐約市教育局也可向學校健康中心發佈有關資訊。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：

法律或「總監條例」要求提供的資訊：

- 新生檢查 (CH-205 表格)
- 免疫注射
- 視力及聽力篩檢結果
- 結核菌素測試結果

資訊發佈給紐約市教育局：

- 可能需要緊急照料的情況
 - 醫療處理 (103S 表格)
 - 限制學生日常活動的情況 (103S 表格)
 - 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
 - 參加學校健康中心的情況
 - 個別教育計劃 (IEP)

我在本表第 1 頁簽名，也就表示我同意 _____ (H CSP) 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。

准許披露資訊的時間段：

由：在本表格另一面簽名的日期

到：學生不再參加學校健康中心（SBHC）的日期

請務必仔細核對該同意書的正反兩面