



讓您的子女在 **Community Healthcare Network** 學校健康中心得到保健服務，又快又簡單！

尊敬的家長或監護人：

我們很高興地通知您，您子女的學校有一個學校健康中心（School Based Health Center，簡稱SBHC）。該SBHC的職員是Community Healthcare Network的持證專業人員。

請注意，您的子女可以使用學校健康中心，也可以看其他醫生。在這份同意書上簽名不會改變您子女的醫療保險，不會改變誰是您子女的家庭醫生，也不會影響您的子女去看家庭醫生的次數。

在學校健康中心，無論保險狀況如何，您的子女都可以不用付費就獲得以下服務。然而，如果您子女有健保，則該中心可以向保險公司開出賬單。**SBHC服務沒有共付額**（co-pay），您永遠都不會收到他們的賬單。如果您子女有健康保險，請填妥隨附的同意表上的保險資訊部分。

#### 學校健康中心的服務包括：

- 基本健康照顧服務
  - 體檢（包括運動和工作證明所需的體檢）
  - 疫苗接種
  - 醫藥和處方管理
  - 實驗室檢測
  - 視力、哮喘和健康問題的篩查
  - 急性和慢性疾病的治療
  - 為青少年提供的服務：年齡相應的生殖健康服務
- 健康教育
- 心理健康諮詢
- 牙科服務（如有提供）
- 遠程醫學網上看診（如有提供）

掃描 此處 在线填写此表格。



學校健康中心位於您子女學校的 **240室**，逢上學日上午 **8:00 am** 至下午 **4:00 pm** 提供服務。周末和課後時間也可以找到一名應召待命的醫療服務提供者。

如需登記您的子女，請查看、填寫隨附的登記表，然後簽名。您或您的子女可以將填妥的表格交給學校健康中心（240室）。如果您有任何問題，請給我們打電話：**(212) 634-7543**。

我們期待著見到您，為您子女提供健康服務！

誠致敬意！

**Robert Hayes**  
President/CEO  
Community Healthcare Network

#### Seward Park Campus

**Wallace Simpson**, Essex Street Academy  
**Lowy Joel**, Lower Manhattan Academy Arts Academy

**Jacqueline D' agostino**, Urban Assembly Academy of Government and Law

**Scott Conti**, New Design High School

**John Meesun**, High School for Dual Language and Asian Studies



THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK



## 學校健康中心提供的服務

方框 1

我同意我子女接受州認證的 Community Healthcare Network (HCSP) 保健專業人員所提供的健康照護服務。這些服務是紐約州健康廳批准的學校保健計劃的一部分。我理解，根據法律規定，學生與健保提供者之間的保密要求將在具體領域得到確保，並且學生將受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，但不限於以下各項：

- 規定的學校健康服務，包括：視力篩查、聽力、哮喘、肥胖症、脊柱側凸和其他醫療狀況、急救以及規定並建議的免疫注射（免疫注射必須有另外的准許）。
- 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。
- 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。
- 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。
- 精神健康服務，包括鑑定、診斷、治療和轉診。
- 青春期的學生：生殖保健服務，按年齡恰當程度及顯現的醫療狀況，包括：禁慾諮詢輔導、避孕措施 [ 配給避孕藥、避孕套、Depo ( 避孕注射針劑 )、LARC 及其他 FDA 批准的措施 ]、孕檢測試、性傳播疾病 ( STI ) 篩檢和治療、艾滋病病毒 ( HIV ) 檢測以及轉診。
- 按年齡恰當程度及顯現的醫療狀況，進行防止冒險行為 ( 如吸煙和使用毒品或喝酒 ) 的健康教育和輔導，以及有關禁慾和預防懷孕、性傳播疾病和艾滋病病毒 ( HIV ) 的教育。
- 口腔健康篩查、氟化物治療 ( 如有提供 )
- 不在學校健康中心提供的服務，則予以轉診。
- 年度健康問卷/調查。

## 紐約市教育局

方框 2

## 《健康保險攜帶與責任法案》(HIPAA) 相符的健康資訊披露之家長同意書

我在本表格背面簽名，即表明我授權以下說明的健康資訊的披露。這些資訊可能受到聯邦隱私法和州法律的保護而不得披露。

我在本同意書上簽名，表明我授權將以下說明的健康資訊交給紐約市紐約市教育局。這是因為法律或者「教育總監條例」規定如此，或者是因為保護學生的健康和 safety 而必須這麼做。在我提出請求時，則披露本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 )。不提供這一資訊可能導致學生不得上學。

我對本表格的疑問已經得到解答。我理解，我並非一定要准許發佈我的子女的健康資訊，且我可以在任何時間改變我的想法而以書面形式向學校健康中心撤回我的同意。但是，一旦某項資訊已被披露，在撤回准許之前已被披露的資訊並不能回溯撤回。

我授權 Community Healthcare Network (HCSP) 學校健康中心將本表格背面所列的學生的特定資訊披露給紐約市教育局。

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 safety，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。我理解，根據聯邦和州的法律以及「教育總監條例」有關保密的規定，該資訊將維持其保密的狀態：

我理解，把有關資訊發佈給紐約市教育局，是因為法律或者「教育總監條例」規定如此，或者是因為保護我子女的健康和 safety 而必須這麼做。這些資訊包括 ( 但不限於 )：

綜合體檢 ( CH-205 表或同類資訊 ) 免疫注射 ( 規定/建議 ) 視力和聽力篩檢結果	任何為保護學生的健康或 safety 而被確定為必要的其他資訊
慢性病診斷 ( 包括「藥物施用表」或「糖尿病藥物施用表」 ) 對學生日常活動造成限制的症狀	完成教育局「事件報告」或為完成「網上事件報告」( OORS ) 的學校健康辦公室校長溝通表 ( Principal Communication Form ) 所必需的資訊。
某種傳染病的診斷 ( 不包括 HIV/STI 資訊 )	必須被送往急診部門的症狀
個別教育計劃 ( IEP ) 文件	健康保險計劃 參加學校健康中心的情況

## 准許披露資訊的時間段：

發件人：在另一頁簽名的日期 到： 學生不再參加學校健康中心 ( SBHC ) 的日期

註：這份學校健康中心家長同意表格由教育局/學校健康辦公室批准

## 您孩子的健康

此表格旨在了解您孩子的健康状况。它将有助于我们为您的孩子提供最佳护理。请填写此表格，并提交至 240 室的学校卫生中心。

姓名：\_\_\_\_\_ 填写日期：\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
月 日 年

您与孩子的关系：\_\_\_\_\_

## 孩子信息

孩子姓名：\_\_\_\_\_ 学校：\_\_\_\_\_

生日：\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
月 日 年 年龄：\_\_\_\_\_ 年级：\_\_\_\_\_

在过去一年中，您的孩子是否看过：

医生？

牙医？

您的孩子是否正在服用任何药物、补充剂或草药？  
请列出您孩子服用的任何药物。请列出您从孩子的医生处获得的药物以及从药店购买的药物。

药物	服用原因

## 孩子的健康问题

请勾选孩子存在的健康问题：

注意缺陷多动障碍 (ADHD)

哮喘

水痘

抑郁症或其他心理健康问题

糖尿病

铅含量偏高

学习障碍

PPD 阳性、结核病、卡介苗

风湿热

癫痫发作或癫痫症

心脏问题

其他问题: \_\_\_\_\_

### 家族健康问题

有些健康问题为家族遗传。请勾选任何家族成员（如母亲、父亲、兄弟姐妹、祖父母/外祖父母、姑母/姨母或叔父/舅父）是否有或曾经有过任何健康问题。并写出此人与您孩子的关系。

健康问题

此人与孩子的关系

血液疾病或中风

\_\_\_\_\_

癌症: 类型 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

抑郁症或其他心理健康问题

\_\_\_\_\_

糖尿病

\_\_\_\_\_

早逝 (45 岁之前)

\_\_\_\_\_

高血压, 心脏病, 或其他心脏问题

\_\_\_\_\_

其他问题: \_\_\_\_\_

您的孩子和谁一起生活? 可勾选多项。

母亲

法定监护人

父亲

姐妹

继母

兄弟

继父

其他成人: \_\_\_\_\_

过去一年内, **您的**家庭是否发生过以下变化?

如果您孩子的家庭中有人经历了以下变化, 请在方框内打勾:

失业

生孩子

结婚

生重病

分居

去世

离婚

去了一所新学校

其他生活变化: \_\_\_\_\_

您对孩子的健康或生活方式是否有任何担忧？

关于您的孩子，您还有什么想告诉我们的吗？

仅供  
诊所使用

问卷调查受访者： \_\_\_\_\_ 受访日期： \_\_\_\_\_

医护人员签名

日期

需预约/已预约（注明日期）： \_\_\_\_\_