



社区医疗网络  
校本健康中心 240 室  
苏厄德公园校区

亲爱的家长：

社区医疗网络校内健康中心 (SBHC) 在苏厄德公园校区提供健康服务。即使您的孩子没有保险，下列健康服务也是免费向您提供的。SBHC 可以向保险收取费用。但是，家长/监护人无需支付任何服务费用。

在 SBHC, 您的孩子可以获得：

•学校体检（检查）	•体育运动体育运动
•医学和实验室测试	• 适合年龄的生殖健康服务
• 疫苗（注射）	• 心理健康服务
• 健康问题的治疗	•营养服务
•紧急情况/受伤的治疗	•每周7 天提供非工作时间电话服务

苏厄德公园校区的社区医疗保健网络 SBHC 不会取代您孩子的医生或更改您的保险。您的孩子仍然可以去看医生，同时也可以在我们校内的健康中心获得护理。

如果您希望您的孩子在 Seward Park 校区的社区医疗保健网络 SBHC 获得服务：

1. 请阅读并填写家长同意书。
2. 请让您的孩子将签名的表格带到学校校长办公室。或者他们可以将其带到 240 室的健康中心。

我们期待与您会面，并由我们的持证专业人员为您的孩子提供健康服务！如需了解更多信息，请访问我们或致电 212-634-7550（上午 8:00am 至下午 4:00pm）。

真挚地，  
苏厄德公园校区校本健康中心

**Angelina Almonte** SBHC 项目经理  
**Stacy Cacciola MD** 儿科医学博士主任  
**Ellen Hollander-Sande DNP,**  
**FNP-C, CLC** 家庭执业护士  
**Shelly Co, DO** 心理健康  
精神科  
**Hina Afridi LMSW**  
心理健康治疗师

**Robert Hayes**  
总裁/首席执行官  
社区医疗网络

願鏗粵ほ愛くっ



**紐約市教育局學校健康計劃  
學校家長同意表**

**Essex Street Academy; High School for Dual Language and Asian Studies; Lower Manhattan Arts Academy;  
New Design High School; Urban Assembly Academy for Government and Law  
60 Madison Ave, 5<sup>th</sup> floor, New York, NY 10010**

**學校健康中心提供的服務**

我同意子女接受州認證的 Community Healthcare Network 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 Community Healthcare Network 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 Community Healthcare Network 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

## 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）： \_\_\_\_\_