



CareSTL Health - Headquarters
5471 Dr. Martin Luther King Drive
Saint Louis, Missouri 63112
Office: 314.367.5820 Fax: 314.367.7010

CareSTL Health
5541 Riverview Boulevard
Saint Louis, Missouri 63120
Office: 314.389.4566 Fax: 314.389.5514

CareSTL Health
4500 Pope Avenue
Saint Louis, Missouri 63115
Office: 314.385.3990 Fax: 314.389.2464

School-Based Health Centers

Hazelwood School District
 Jennings School District
 Ritenour School District
 Riverview Gardens School District

CareSTL Health
2425 Whittier Street
Saint Louis, Missouri 63113
Office: 314.371.3100 Fax: 314.289.8718

For more information visit...
www.carestlhealth.org



Dịch Vụ Y Tế Học Đường – Sự Ủy Quyền để Điều Trị Trẻ Vị Thành Niên

Dịch vụ y tế học đường là sự hợp tác giữa CareSTL Health và Quận Khu Học Đường Ritenour. Bằng cách hoàn thành mẫu đơn này và chọn tham gia các dịch vụ, bạn đang cấp phép cho việc đánh giá và điều trị cho con bạn. Ngoài ra, bạn cũng đang cho phép việc tiết lộ thông tin (ví dụ: điểm số, hồ sơ điểm danh, chương trình IEP, kế hoạch 504 và bệnh sử sức khỏe cơ bản) từ Quận Khu Học Đường Ritenour cho CareSTL Health. Mẫu đơn ủy quyền này sẽ được lưu trữ trong hồ sơ sức khỏe của con bạn để tham khảo trong tương lai. Bạn có quyền thu hồi sự ủy quyền này bất cứ lúc nào.

- Tôi chọn tham gia và cho phép CareSTL Health điều trị cho con tôi và đồng ý với việc sử dụng thuốc chủng ngừa và/hoặc thuốc men cần thiết được chỉ định bởi bác sĩ điều trị mà cần thiết cho phúc lợi của con tôi và sự chăm sóc y tế/nha khoa như sau (chọn tất cả các phần ứng dụng được):
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sự chủng ngừa | <input type="checkbox"/> Khám sức khỏe (bao gồm Thể Chất) |
| <input type="checkbox"/> Chăm sóc Nha Khoa Trẻ Em (Các dịch vụ có sẵn bao gồm trám, nhổ răng, bọc răng và bạc diamine fluoride khi cần thiết) | <input type="checkbox"/> Đánh giá, chẩn đoán và điều trị các bệnh nhẹ và chấn thương |
- Tôi chọn tham gia và cho phép CareSTL Health điều trị cho con tôi và từ đó đồng ý với bất kỳ dịch vụ sức khỏe hành vi và/hoặc dịch vụ tư vấn nào được xác định bởi bác sĩ điều trị mà cần thiết cho phúc lợi của con tôi.
- Tôi chọn không tham gia. Tôi không muốn CareSTL Health điều trị cho con tôi với các dịch vụ y tế, nha khoa, hoặc dịch vụ sức khỏe hành vi.

Tên trường _____ Tên học sinh _____

Giới tính khi sanh Nam, hoặc Nữ Ngày sanh _____ Dân Tộc Hispanic/Latino Không phải Hispanic/Latino

Chủng tộc Đen Trắng Châu Á Người Mỹ Da Đỏ Người Hawaii bản địa/Đảo Thái Bình Dương

Sự ủy quyền và thông tin liên hệ của Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp:

Tên _____ Số điện thoại _____

Địa chỉ _____

Ký tên _____ Ngày ký _____

VUI LÒNG HOÀN TẤT: BỆNH SỬ

Ngày khám sức khỏe cuối cùng _____ Ngày khám Nha khoa cuối cùng _____

Dị ứng (thực phẩm hoặc thuốc) _____

Bệnh y khoa quá khứ/ lịch sử phẫu thuật _____

Bác sĩ chính (nếu có) _____ Số điện thoại _____

Bảo hiểm y tế _____ Số bảo hiểm _____

Người đứng tên bảo hiểm _____ Số nhóm bảo hiểm _____

Bảo hiểm nha khoa _____ Nhà thuốc tây _____