

Dayton Public Schools (مدارس دايتون العامة) نموذج التسجيل مدى الحياة في المركز الصحي المدرسي والموافقة عليه




شركاء Dayton Public Schools (مدارس دايتون العامة) بالتعاون مع العديد من الجهات المجتمعية لتقديم الخدمات الصحية التكميلية المدرسية. يحل هذا النموذج الواحد محل الكثير من نماذج الإذن المختلفة المطلوبة لتقديم هذه الخدمات لطفلك. وستظل خدمات التمريض والطوارئ المدرسية تُقدم دائمًا سواء أخترت أن تشارك في هذه الخدمات المضافة أم لا. ومن الممكن ألا تُتاح بعض الخدمات التكميلية في جميع الأبنية المدرسية. ويجب مراجعة الأمر مع ممرض المدرسة بشأن توفّر الخدمة. وتوفّر هذه الخدمات الصحية رعاية صحية عالية الجودة في وسط مدرسي هادئ وملائم ومألوف في الوقت الذي يناسب الطالب والعائلة. نحن لا نحاول أن نستبدل مصدرنا النظامي للرعاية الصحية أو أن نستبدل مزود الرعاية الصحية الحالي لك.

اسم المريض/ الطالب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		الاسم المفضل للطالب	
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الصف	اسم المدرسة

موافقة على العلاج خلال الخدمات الصحية

أوافق على أن أتيح للمزودين المشاركين في الخدمات الصحية التكميلية المدرسية تنفيذ ما يلي من خدمات/ علاج لطفي: (اختر كل خدمة ترغب في إتاحتها لطفلك.)

<input type="checkbox"/>	الرعاية والعلاج للفحوص الجسدية للإصابة/ للمرض (الطفل السليم أو الرياضة)، والتحصين ضد الإنفلونزا	
<input type="checkbox"/>	التحصين ضد مرض المكورات السحائية (مطلوب للصف السابع والصف الثاني عشر)	
<input type="checkbox"/>	التحصين ضد اللقاح الثلاثي (مطلوب للصف السابع)	
<input type="checkbox"/>	التحصينات الأخرى (الملائمة للعمر، حسب جدول الأكاديمية الأمريكية لتحصين الأطفال <input type="checkbox"/> الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي <input type="checkbox"/> شلل الأطفال <input type="checkbox"/> التهاب الكبد (ب) <input type="checkbox"/> الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية <input type="checkbox"/> الجدري المائي <input type="checkbox"/> التهاب الكبد (أ) <input type="checkbox"/> فيروس الورم الحليمي البشري <input type="checkbox"/> المكورات الرئوية <input type="checkbox"/> النزلات المستدمية	
<input type="checkbox"/>	اختبار فحص الحمل	
<input type="checkbox"/>	العدوى المنقولة بممارسة الجنس (فحص العدوى/المرض المنقول بممارسة الجنس STD، التعليم أو العلاج	
<input type="checkbox"/>	تنظيم النسل	
<input type="checkbox"/>	الإرشاد بشأن الصحة النفسية / السلوكية	
<input type="checkbox"/>	فحص مجاني للأسنان والمواد السادة للشقوق للصف الثاني والصف السادس، وفحص المواد السادة للشقوق في السنة الدراسية التالية وإعادة تقديم الطلب إذا دعت الحاجة إلى ذلك)	
<input type="checkbox"/>	فحص الأسنان، وحشو الأسنان	

<input type="checkbox"/>	الرؤية 
فحص العين، ويشمل اتساع العين (تستخدم قطرات العين لجعل حبة العين أكبر)، وعلاج الرؤية، وتركيب وصرف النظارات وإزالة القرنية الغريبة (إزالة شيء من الطبقة الخارجية الواقية الصافية للعين)	

بالتوقيع على هذه الموافقة بشأن العلاج خلال الخدمات الصحية، أوافق على الشروط والأحكام بخصوص التفويض للإفراج عن المعلومات والتنازل عن المنافع التأمينية حسبما هو موضح في نموذج الموافقة هذا. كما أقر بأنني قد تسلمت كافة المعلومات بشأن كيفية استلام إشعار ممارسات الخصوصية حسبما هو مبين في هذه الموافقة. وقد تلقيت أيضًا وأفهم طبيعة الخدمات المتاحة حسبما هو مبين وصفه في دليل معلومات أولياء الأمور والطلاب بشأن الخدمات الصحية التكميلية المدرسية وهو متاح على الموقع الإلكتروني لمراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية (CHCGD) ومراكز فايف ريفرز الصحية (FRHC).

وأفهم أنني سوف أبلغ بأي خدمات يحصل عليها الطلاب، إلى جانب النتائج غير العادية والتوصيات الأخرى بشأن العلاج. كما أفهم أنني يجب أن أتصل بمرض المدرسة إذا ظهرت لدي أي أسئلة بشأن أي رعاية متابعة أو تعليمات ضرورية. بالنسبة للخدمات المقدمة من قبل المراكز الصحية، فإنني أفهم أنني ينبغي لي الاتصال برقم الهاتف المدرج في "ملخص ما بعد الزيارة" الذي أرسل إلى المنزل مع طفلي. وأفهم أن هذه الموافقة ستظل سارية طالما بقي الطفل طالبًا في Dayton Public Schools ما لم ألغها أنا. يجوز لي إلغاء هذه الموافقة بخصوص العلاج في أي وقت، وذلك بأن أقدم بطلب خطي من هيئة الخدمات الصحية التكميلية المدرسية إزالة طفلي من الخدمات. لقد تسلمت هذا الدليل، ومعلومات الخدمات الصحية التكميلية المدرسية لأولياء الأمور والطلاب، وهو يشتمل على الوكالات التي تقدم الخدمات، وأفهم طبيعة الخدمات المتاحة. إن من مسؤوليتي أن أبلغ ممرض المدرسة بجميع المستجدات أو التغييرات في حالة طفلي الصحية، أو سجلات تحصينه أو أدويته أو تغطيته التأمينية.

الشخص الذي يستكمل النموذج (مطبوعًا): _____ التاريخ: _____
 التوقيع: _____ صلته بالطفل: _____

معلومات التأمين الصحي

يرجى وضع دائرة على أي مقدم خدمات تأمين يتولى تغطية طفلك يتم توفير بعض الخدمات الصحية التكميلية المدرسية دون أي تكلفة على الأسر سواء كان الطالب لديه تأمين من عدمه، وسواء أكان لديه القدرة على الدفع من عدمه. يمكنك الحصول على فواتير لبعض الخدمات إذا لم تكن مشمولًا بالتغطية التأمينية. خطط الرعاية التي يديرها برنامج ميديكيد (يرجى وضع دائرة على واحدة منها أدناه)



رقم ميديكيد في ولاية أوهايو: _____

رقم الرعاية المشمولة بالإدارة: _____

معلومات المريض:					
اسم المريض/ الطالب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)			الاسم المفضل للطالب		
رقم التأمينات الاجتماعية:			تاريخ الميلاد		
الطرف المسؤول (مطلوب بالنسبة للمرضى تحت سن 18 عامًا أو في حال إذا لم يكن الضامن هو المريض):					
الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		رقم التأمينات الاجتماعية:		تاريخ الميلاد	
عنوان الفواتير للمريض أو الطرف المسؤول		شقة رقم:		المدينة	
هاتف المنزل		هاتف بديل		صديق العائلة	
()		()		()	
عنوان البريد الإلكتروني					

التأمين الخاص (بخلاف برنامج ميديكيد)

شركة التأمين _____ اسم حامل وثيقة التأمين _____
 درجة القرابة للطالب _____ تاريخ الميلاد _____ تاريخ بدء السريان _____
 رقم الدفعة المشتركة بالدولار: _____ رقم الوثيقة: _____

التأمين الثانوي:

شركة التأمين _____ اسم حامل وثيقة التأمين _____
 درجة القرابة للطالب _____ تاريخ الميلاد _____ تاريخ بدء السريان _____
 رقم الدفعة المشتركة بالدولار: _____ رقم الوثيقة: _____

مراكز دابتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية هي مراكز صحية مؤهلة على الصعيد الفيدرالي. نحن مطلوب منا جمع معلومات الدخل والمعلومات الديموغرافية الأخرى لجمهور المرضى لدينا. تكون جميع المعلومات سرية ونحن مطلوب منا فقط أن نبلغ عن الأعداد لا عن أسماء المرضى.

إن حجم الأسرة يقصد به أسرتك المباشرة التي تعيش في المنزل الذي تتولى المسؤولية عنه والأطفال الذين تدفع لهم نفقة أطفال لمن لا يعيشون في منزلك. وسوف نطلب منك تحديث هذه المعلومات بصفة سنوية.

يرجى وضع دائرة حول حجم أسرتك ودخل أسرتك في الجدول أدناه.

حجم الأسرة	الدخل السنوي تحت	الدخل السنوي بين	الدخل السنوي بين	الدخل السنوي بين	الدخل السنوي بين
1	13,590 دولارًا أمريكيًا	13,590 دولارًا أمريكيًا - 16,988 دولارًا أمريكيًا	16,989 دولارًا أمريكيًا - 20,385 دولارًا أمريكيًا	20,386 دولارًا أمريكيًا - 23,783 دولارًا أمريكيًا	23,784 دولارًا أمريكيًا - 27,180 دولارًا أمريكيًا
2	18,310 دولارًا أمريكيًا	18,310 دولارًا أمريكيًا - 22,888 دولارًا أمريكيًا	22,889 دولارًا أمريكيًا - 27,465 دولارًا أمريكيًا	27,465 دولارًا أمريكيًا - 32,043 دولارًا أمريكيًا	32,044 دولارًا أمريكيًا - 36,620 دولارًا أمريكيًا
3	23,030 دولارًا أمريكيًا	23,030 دولارًا أمريكيًا - 28,788 دولارًا أمريكيًا	28,789 دولارًا أمريكيًا - 34,545 دولارًا أمريكيًا	34,546 دولارًا أمريكيًا - 40,303 دولارًا أمريكيًا	40,304 دولارًا أمريكيًا - 46,060 دولارًا أمريكيًا
4	27,750 دولار أمريكي	27,750 دولار أمريكي - 34,688 دولارًا أمريكيًا	34,689 دولارًا أمريكيًا - 41,625 دولار أمريكي	41,626 دولار أمريكي - 48,563 دولارًا أمريكيًا	48,564 دولارًا أمريكيًا - 55,500 دولار أمريكي
5	32,470 دولارًا أمريكيًا	32,470 دولارًا أمريكيًا - 40,588 دولارًا أمريكيًا	40,589 دولارًا أمريكيًا - 48,705 دولارًا أمريكيًا	48,706 دولارًا أمريكيًا - 56,823 دولارًا أمريكيًا	56,823 دولارًا أمريكيًا - 64,940 دولارًا أمريكيًا
6	37,190 دولارًا أمريكيًا	37,190 دولارًا أمريكيًا - 46,488 دولارًا أمريكيًا	46,489 دولارًا أمريكيًا - 55,785 دولارًا أمريكيًا	55,786 دولارًا أمريكيًا - 65,083 دولارًا أمريكيًا	65,084 دولارًا أمريكيًا - 74,380 دولارًا أمريكيًا
7	41,910 دولارًا أمريكيًا	41,910 دولارًا أمريكيًا - 52,388 دولارًا أمريكيًا	52,389 دولارًا أمريكيًا - 62,865 دولارًا أمريكيًا	62,866 دولارًا أمريكيًا - 73,343 دولارًا أمريكيًا	73,343 دولارًا أمريكيًا - 83,820 دولارًا أمريكيًا
8	46,630 دولارًا أمريكيًا	46,630 دولارًا أمريكيًا - 58,288 دولارًا أمريكيًا	58,289 دولارًا أمريكيًا - 69,945 دولارًا أمريكيًا	69,946 دولارًا أمريكيًا - 81,603 دولارًا أمريكيًا	81,603 دولارًا أمريكيًا - 93,260 دولارًا أمريكيًا

المعلومات الديموغرافية للطالب

الجنس: ذكر أنثى يفضل ذكر الذات: _____

الأصل الإثني: إسباني/ لاتيني (يُرجى اختيار واحد) نعم لا

العرق: أمريكي أسود أو إفريقي أبيض آسيوي من سكان هاواي/ جزر المحيط الهادي الأصليين

أمريكي أسود أو إفريقي أبيض آسيوي من سكان هاواي/ جزر المحيط الهادي الأصليين هندي أمريكي/ ألأسكي من السكان الأصليين غير ذلك: _____

اللغة الرئيسية للطالب: اللغة الإنجليزية اللغة الإسبانية اللغة الروسية اللغة التركية اللغة الرواندية اللغة الفرنسية اللغة العربية غير ذلك: _____

اتفاقية سداد

اسم الطالب _____ تاريخ الميلاد _____

التأمين الصحي:

أدرك أن من مسؤوليتي بوصفي والدًا أن أعطي نسخة من معلومات التأمين إلى مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية.

دفع ذاتي (دون تأمين أو بتأمين منخفض):

أدرك أنه من مسؤوليتي أن أتكمل طلب رسم الإخوة وأن أقدم دليلًا يثبت الدخل خلال ثلاثين (30) يومًا من زيارتي وإلا فسأتحمل المسؤولية عن نسبة 100 % من فاتورتتي.

رسم الدفعة المشتركة/ الرسم الرمزي:

أدرك بأن رسم الدفعة المشتركة/ الرسم الرمزي هو مسؤوليتي. ويجوز لي أن أدفع نقدًا أو بشيك أو ببطاقة ائتمان.

كشوف الحساب:

أدرك أنني سوف أحصل على كشفي (2) حساب وكشف حساب واحد (1) مستحق لما سبق (بإجمالي ثلاثة (3) كشوف حساب) قبل أن يرسل حسابي إلى وكالة تحصيل خارجية. أدرك أنه إذا تلقت مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية أو مراكز فايف ريفرز الصحية ردًا بالبريد الإلكتروني لأنني لم أقدم عنوان فواتير صحيح / حديث، يجوز أن أرسل إلى وكالة تحصيل خارجية.

ترتيبات السداد:

أدرك أنه إذا كان يوجد رصيد مستحق، فمن الممكن أن أعدّ "ترتيب السداد" إذا لم أكن قادرًا على الدفع لكامل المبلغ. أدرك أنه إذا تلقت مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية أو مراكز فايف ريفرز الصحية ردًا بالبريد الإلكتروني لأنني لم أقدم عنوان فواتير صحيح / حديث، يجوز أن أرسل إلى وكالة تحصيل خارجية.

التحصيلات

أدرك أنني إذا أرسلت إلى وكالة تحصيل خارجية مرتين (2)، يجوز أن أعفى من الممارسة ولن أكون بعدها قادرًا على الحصول على الخدمة في مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية CHCGD أو مراكز فايف ريفرز الصحية FRHC.

التفويض المالي

أفوض بالدفع المباشر إلى مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية CHCGD وإلى مراكز فايف ريفرز الصحية FRHC، والأطباء والأشخاص المعيّنين لديهم للمنافع المبينة هنا والمحددة وخلاف ذلك المستحقة لي، ولكن بما لا يتجاوز المصاريف المعتادة. أفهم أنني مسؤول عن جميع المصاريف حتى تُسدد الفواتير كاملةً ولا تكون أرصدة المصاريف مشمولة بتغطية التأمين.

يدل توقيعني أو توقيع الممثل المفوض أنني قد قرأتُ وفهمتُ وأوافق على الشروط السابقة وأن هذه الموافقة بخصوص الرعاية في مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية CHCGD ومراكز فايف ريفرز الصحية FRHC تلغي أي موافقة مالية أخرى يمكن أن أكون قد وقعتُ عليها.

تاريخ المريض الجديد

اسم الطالب

تاريخ الميلاد

تاريخ آخر فحص جسدي أو فحص الطفل السليم للطالب	<input type="checkbox"/> لم يجز طفلي أي فحص جسدي أو فحص الطفل السليم في آخر 12 شهرًا
مقدم الرعاية الأولية	موقع المزود
المزود الآخر	موقع المزود الآخر
اطلع عليها المزود الآخر من أجل	
طبيب الأسنان	موقع طبيب الأسنان
الصيدلية المفضلة	موقع الصيدلية
جميع الجراحات منذ الميلاد	

هل يعاني طفلك من أي حساسيات نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، اشرح أدناه)

حالات الحساسية	صف التفاعل:
----------------	-------------

هل يدخن أي شخص في المنزل؟ نعم لا داخل المنزل؟ نعم لا خارج المنزل؟ نعم لا

تاريخ الأسرة:

يُرجى ذكر جميع المشكلات الطبية التي عانى منها كل فرد من أفراد الأسرة.

الأم:	
الأب:	
الجددة: (ضع دائرة حول واحدة): جهة الأم جهة الأب	
الجددة: (ضع دائرة حول واحدة): جهة الأم جهة الأب	
الإخوة:	
الأخوات:	

المشكلات الطبية والشكاوى الصحية (يُرجى اختيار "نعم" أو "لا" لكل بند والشرح أدناه إذا دعت الضرورة)

مرض الجذري (السن)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ متلازمة غيلان باريه	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الجراحة أو الدخول إلى المستشفى في السنة الماضية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	النوبات (الصرع) تاريخ النوبة الأخيرة:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
* مشكلة نفسية أو مشكلة في الحالة المزاجية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	* مشكلة نفسية أو مشكلة في الحالة المزاجية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مشكلات نمو	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ربو	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
دوار/ إغماء/ غيبوبة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تليف كيسي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مشكلات في القلب	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مشكلات في الرئة أو التنفس	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مرض أنيميا الخلايا المنجلية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مرض الكبد	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
* مشكلة في الجهاز المناعي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مشكلة في المعدة والأمعاء	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
* اضطراب تخثر الدم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مرض الكلى	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
* اضطراب في الدم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مشكلات في المرارة أو المسالك البولية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

مرض السكري من النوع الأول	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	حامل (للفتيات فقط)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
مرض السكري من النوع الثاني	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	*مشكلات/شكاوى أخرى	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
اضطراب الغدد الصماء	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
* يُرجى إيضاح أي من البنود المميزة بعلامة النجمة			

ممارسات الخصوصية والتفويض بالتصريح بالمعلومات

اسم الطالب _____

تاريخ الميلاد _____

إشعار بإقرار ممارسات الخصوصية: لقد أخطرت بأنني يمكنني أن أطلب نسخة من نماذج إشعار ممارسات الخصوصية مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية في أي مبنى من مباني DPS (مدارس دايتون العامة). أعلم أنني يمكن الاطلاع عليها إلكترونياً على شبكة الإنترنت على الرابط التالي: www.communityhealthdayton.org وأيضاً على الرابط التالي: www.fiverivershealthcenters.org. وتتوفر نسخ من نموذج الموافقة في مدرسة طفلي وتتوفر أيضاً النماذج الفارغة على الرابط التالي: www.dps.k12.oh.us

التفويض بالتصريح بالمعلومات أفوض بموجبه مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية CHCGD أو مراكز فايف ريفرز الصحية FRHC أو DPS بتبادل المعلومات مع شركات التأمين ومؤسسات التعويض، ومنشآت الرعاية الصحية ووكالات الرعاية الاجتماعية، ومزودي الرعاية الصحية، ومرضى DPS ومرشدي المدارس والاختصاصي الاجتماعي بالمدرسة من أجل غرض المساعدة المالية حصراً أو استمرار الرعاية الطبية أو تنسيق الرعاية. تُسجل التحصينات التي أجريت في نظام معلومات التحصينات على مستوى الولاية (نظام Ohio ImpactSIIS). يكون الإفراج عن معلومات تعاطي المشروبات الكحولية والمخدرات محمياً بموجب القواعد الفيدرالية بشأن السرية (الباب 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية الجزء 2) دون موافقة خطية من الشخص الذي يتعلق الأمر به أو حسبما يُصرح به خلاف ذلك. كما أن القواعد الفيدرالية تجعل استخدام المعلومات يقتصر على التحقيق جنائياً أو الملاحقة لأي مريض بتعاطي الكحول أو المخدرات (الباب 52 من اللوائح الفيدرالية 21809، بتاريخ 9 يونيو 1987، الباب 52 من اللوائح الفيدرالية 41997، بتاريخ 2 نوفمبر 1987. ولن يُجرى أي إفصاح عن المعلومات بخصوص فحص متلازمة النقص المناعي المكتسب (الإيدز) أو فيروس نقص المناعة أو تشخيص فيروس نقص المناعة/متلازمة النقص المناعي المكتسب. يجوز للخدمات الصحية التكميلية المدرسية أن تستخدم السجلات الصحية للطلاب لتقييم جودة الرعاية المقدمة وفعالية تقديم هذه الخدمات. تكون سجلات طفلي محمية ويمكن الاطلاع عليها من المستخدمين المصرح لهم فقط بإمكانية اطلاع مقيدة. أفهم أن هذا التفويض سيظل سارياً طالما أن الطفل طالب في Dayton Public Schools ما لم ألغاه أنا. يجوز لي أن ألغي هذا التفويض في أي وقت بتقديم إخطار خطي لإزالة طفلي من هذه الخدمات الصحية التكميلية المدرسية.

معلومات التأمين: تُصدر فواتير بشأن برامج التأمين أو برامج تغطية الرعاية الصحية الأخرى متى كان ممكناً للمساعدة في تغطية تكلفة الرعاية. يتم توفير بعض الخدمات الصحية التكميلية المدرسية دون أي تكلفة على الأسر سواء أكان الطالب لديه تأمين من عدمه، وسواء أكان لديه القدرة على الدفع من عدمه. أُمح مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية الحق في تقديم المطالبات للتعويض بموجب أي وثيقة تأمين صحي خاصة، أو برنامج ميديكير أو ميديكيد أو أي برامج أخرى أحدها ويمكن دفع منافع بشأنها نظير الخدمات المقدمة إلى طفلي خلال الخدمات الصحية التكميلية المدرسية.

أوافق على السماح لمراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية بالاطلاع على السجلات الدراسية الفردية لطفلي وعلى سجلاته السلوكية للعام الدراسي الحالي والسابق، لكي يمكن أن تقدم خدمات أفضل لطفلي.

أوافق على السماح لمراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية بالاطلاع على السجلات الدراسية الفردية لطفلي وعلى سجلاته السلوكية للعام الدراسي الحالي والسابق، لكي يمكن أن تقدم خدمات أفضل لطفلي.

وتسري هذه الموافقة حتى يصل الطفل سن الرشد، أو لم يعد طالباً في Dayton Public Schools. ويجوز إلغاء هذه الموافقة في أي وقت من جانب الوالد/ الوصي المخول بالتصرف نيابة عن الطفل المريض، فيما عدا في حال اتخاذ جميع المنظمات إجراءً اعتماداً على هذه الموافقة.

كما أفهم أن المنظمات لن تتناقشا في رعايتي الطبية أو معلومات السداد مع أي شخص غير مدرج في هذه الموافقة. ويرجى ذكر الأشخاص الذين يمكننا أن نصرح بالمعلومات إليهم أدناه.

الاسم _____ درجة القرابة للطلاب _____ الاسم: _____ درجة القرابة للطلاب _____

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

درجة قرابة الوالد/ الوصي بالطلاب (إذا كان الطالب/ المريض أقل من 18 عاماً): الأم الأب الوصي القانوني

التاريخ	الوالد/ الوصي (التوقيع)	الوالد/ الوصي (طباعة)
التاريخ	الطالب/ المريض (التوقيع) (إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر)	الطالب/ المريض (طباعة) (إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر)