

Dayton Public Schools (Dayton Devlet Okulları)
Okul Sağlık Merkezi Kayıt ve Ömür Boyu Onay Formu

(Turkish rev. 01/22)



Dayton Public Schools (DPS), Okul Ek Sağlık Hizmetleri sunmak için birçok toplum kuruluşuyla ortak çalışır.

Bu tek bir form, çocuğunuza bu hizmetleri sağlamak için istenilen birçok farklı izin formunun yerini alır.



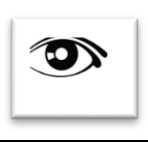
Bu ek hizmetleri almayı seçerseniz de seçmeseniz de okul hemşireliği ve acil servis hizmetleri her zaman olduğu gibi sağlanacaktır. Bazı Ek Hizmetler tüm okul binalarında bulunmayabilir. Hizmet kapasitesi için okul hemşirenize danışın. Bu sağlık hizmetleri, öğrenci ve aile için uygun bir zamanda, samimi, rahat ve tanıdık bir okul ortamında kaliteli sağlık hizmeti sunar.

Normal sağlık hizmeti sağlayıcınızın veya mevcut temel bakım sağlayıcınızın yerini almayı amaçlamıyoruz.

Hasta/Öğrenci İsmi (Adı, İkinci Adı, Soyadı)		Öğrencinin Tercih Edilen Adı	
Açık Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Telefon Numarası (alan koduyla birlikte)	Doğum Tarihi (Ay/Gün/Yıl)	Sınıf	Okul Adı

Sağlık Hizmetleri Tedavisi için Onay

Okul Ek Sağlık Hizmetlerine katılan sağlayıcıların çocuğum için aşağıdaki hizmetleri/tedaviyi gerçekleştirmesine izin veriyorum: (Çocuğunuzun almasını istediğiniz hizmetleri işaretleyin.)

 Tıbbi/ Davranış Sağlığı	<input type="checkbox"/>	Yaralanma/hastalık için bakım ve tedavi, fizik muayeneler (sağlıklı çocuk veya spor), influenza (grip) bağışıklaması
	<input type="checkbox"/>	Menenjit bağışıklaması (7. ve 12. sınıflar için gereklidir)
	<input type="checkbox"/>	Tdap bağışıklaması (7. sınıf için gereklidir)
	<input type="checkbox"/>	Diğer bağışıklamalar (Amerikan Pediatri Akademisi bağışıklama takvimine göre yaşa uygun olarak) <input type="checkbox"/> DTaP/Td <input type="checkbox"/> Çocuk Felci <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Varisella <input type="checkbox"/> Hepatit A <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Pnömonokok konjugatı <input type="checkbox"/> Hib
	<input type="checkbox"/>	Hamilelik testi
	<input type="checkbox"/>	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE/STD) testi, Eğitim ve/veya tedavi
	<input type="checkbox"/>	Doğum Kontrolü
	<input type="checkbox"/>	Akıl/davranış sağlığı danışmanlığı
 Dişler	<input type="checkbox"/>	2. ve 6. sınıflar için ücretsiz diş muayenesi ve fissür örtücü, ayrıca gelecek okul yılında bir fissür örtücü kontrolü ve gerekirse yeniden uygulama)
	<input type="checkbox"/>	Diş muayenesi, diş dolguları
 Görme	<input type="checkbox"/>	Genişletme (göz bebeğini genişletmek için damla kullanılır), görme tedavisi, gözlük ölçümü ve tedariki, ayrıca korneadaki yabancı maddelerin çıkarılması (gözün şeffaf, koruyucu dış tabakasından bir şeyin çıkarılması) dâhil olmak üzere göz muayenesi

Bu Sağlık Hizmetleri Tedavi İznini imzalayarak, işbu onay formunda açıklanan Bilgileri Verme Yetkisine ve Sigorta Menfaatlerinin Tahsisine ilişkin şart ve koşulları kabul ediyorum. Ayrıca, bu onayda açıklandığı üzere, Gizlilik Uygulamaları Bildiriminin nasıl alınacağı hakkında bilgi aldığımı da kabul ediyorum. Ayrıca Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezleri (CHCGD) ve Five Rivers Sağlık Merkezleri (FRHC) web sitesinde bulunan Ebeveynler ve Öğrenciler için Okul Ek Sağlık Hizmetleri Bilgileri broşüründe açıklandığı şekliyle, mevcut hizmetleri aldım ve anladım.

Çocuğumun aldığı tüm hizmetlerin yanı sıra anormal bulgular ve/veya başka tedavi önerileri hakkında bilgilendirileceğimi anlıyorum. Ayrıca, tedavi sonrası gerekli herhangi bir bakım veya talimat hakkında sorularım olursa okul hemşiresiyle iletişime geçmem gerektiğini anlıyorum. Sağlık Merkezleri tarafından verilen hizmetler için, çocuğumla birlikte eve gönderilen Muayene Sonrası Özetinde belirtilen telefon numarasını aramam gerektiğini anlıyorum. Bu iznin, tarafımca iptal edilmediği takdirde, çocuk Dayton Public Schools'da öğrenci olduğu sürece geçerli kalacağını anlıyorum. **Okul Ek Sağlık Hizmetleri tarafından çocuğuma hizmet verilmemesini yazılı olarak talep ederek işbu tedavi onayını istediğim zaman iptal edebilirim.** Hizmet sağlayan kurumları da içeren, Ebeveynler ve Öğrenciler için Okul Ek Sağlık Hizmetleri Bilgileri adlı bu broşürü aldım ve mevcut hizmetleri anlıyorum. Çocuğumun genel sağlık durumu, bağışıklama kayıtları, ilaçları ya da sigorta kapsamı ile ilgili tüm son gelişmeleri veya değişiklikleri okul hemşiresine bildirmek benim sorumluluğumdadır.

Formu dolduran kişi (okunaklı el yazısıyla): _____ Tarih: _____

İmza: _____ Çocukla İlişkisi: _____

Sağlık Sigortası Bilgileri

Lütfen çocuğunuza koruma sağlayan sigorta şirketini daire içine alın. Bazı Okul Ek Sağlık Hizmetleri, bir öğrencinin sigortası ya da ödeme yeteneği olsun veya olmasın ailelere ücretsiz olarak sağlanır. Sigorta kapsamında olmayan bazı hizmetler için size fatura kesilebilir.

Medicaid Yönetimli Bakım Planları (aşağıdakilerden birini daire içine alın):



Yönetimli Bakım Kimliği No _____

Ohio Medicaid No _____

Hasta bilgileri:			
Hasta/Öğrenci İsmi (Adı, İkinci Adı, Soyadı)		Öğrencinin Tercih Edilen Adı	
Sosyal Güvenlik No	Doğum Tarihi		

Sorumlu taraf (18 yaşından küçük hastalar için veya hasta, kefil olan kişi olmadığı zaman istenir):				
İsim (Adı, İkinci Adı, Soyadı)		Sosyal Güvenlik No	Doğum Tarihi	İlişkisi
Hasta veya Sorumlu Tarafın Fatura Adresi		Apt. No	Şehir	Eyalet
E-posta Adresi		Posta kodu		
Ev Telefonu ()	Alternatif Telefon ()	Aile Dostu ()		

Özel Sigorta (Medicaid dışında):

Sigorta Şirketi _____ Poliçe Sahibinin Adı _____

Öğrenciyle İlişkisi _____ Doğum Tarihi _____ Yürürlük Tarihi _____

Katkı Payı \$ _____ Poliçe No _____

İkincil Sigorta:

Sigorta Şirketi _____ Poliçe Sahibinin Adı _____

Öğrenciyle İlişkisi _____ Doğum Tarihi _____ Yürürlük Tarihi _____

Katkı Payı \$ _____ Poliçe No _____

Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezleri ve Five Rivers Sağlık Merkezleri, Federal Çapta Onaylı Sağlık Merkezleridir. Toplam hasta nüfusumuzun gelirlerini ve diğer demografik bilgilerini toplamamız gerekmektedir. Tüm bilgiler gizli olup hasta adlarını değil, sadece numaraları bildirmemiz gerekmektedir.

Aile büyüklüğü, evinizde yaşayan ve yasal olarak sorumlu olduğunuz yakın aileniz ve evinizde yaşamayan ancak kendileri için nafaka ödediğiniz çocuklardır. Bu bilgileri her yıl güncelleme isteyeceğiz.

Lütfen aşağıdaki çizelgede aile büyüklüğünüzü ve aile gelirinizi daire içine alın:

Aile Büyüklüğü	Yıllık Şunun Altında Gelir:	Yıllık Şunlar Arasında Gelir:	Yıllık Şunlar Arasında Gelir:	Şunlar Arasında Yıllık Gelir:	Şunlar Arasında Yıllık Gelir:
1	13,590\$	13,591\$-16,988\$	16,989\$-20,385\$	20,386\$-23,783\$	23,784\$-27,180\$
2	18,310\$	18,311\$-22,888\$	22,889\$-27,465\$	27,466\$-32,043\$	32,044\$-36,620\$
3	23,030\$	23,031\$-28,788\$	28,789\$-34,545\$	34,546\$-40,030\$	40,031\$-46,060\$
4	27,750\$	27,751\$-34,688\$	34,689\$-41,625\$	41,626\$-48,563\$	48,564\$-55,500\$
5	32,470\$	32,471\$-40,588\$	40,589\$-48,705\$	48,706\$-56,823\$	56,824\$-64,940\$
6	37,190\$	37,191\$-46,488\$	46,489\$-55,785\$	55,786\$-65,083\$	65,084\$-74,380\$
7	41,910\$	41,911\$-52,388\$	51,389\$-62,865\$	62,866\$-73,343\$	73,344\$-83,820\$
8	46,630\$	46,631\$-58,288\$	58,289\$-69,945\$	69,946\$-81,603\$	81,604\$-93,260\$

Öğrenci Demografik Bilgileri

Cinsiyet: Erkek Kız Kendimi tanımlamayı tercih ederim: _____

Etnik köken: Hispanik/Latin (birini işaretleyin) Evet Hayır

İrk: Lütfen çocuğunuz için **uygun olanların tümünü** işaretleyin:

Siyah veya Afro-Amerikan Beyaz Asyalı Hawaii Yerlisi/Pasifik Adalı

Amerikan Yerlisi/Alaska Yerlisi Diğer: _____

Öğrencinin Ana Dili: İngilizce İspanyolca Rusça Türkçe Kinyarwanda Fransızca Arapça Diğer:

Faturalandırma Sözleşmesi

Öğrenci Adı _____ Doğum Tarihi _____

Sağlık Sigortası:

Sigorta bilgilerimin bir kopyasını Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezlerine ve/veya Five Rivers Sağlık Merkezlerine vermenin hasta olarak benim sorumluluğumda olduğunun bilincindeyim.

Bizzat Ödeme (Sigortasız veya Eksik Sigortalı):

Değişken Ücret Başvurusunu tamamlayıp ziyaretimden sonraki 30 gün içinde gelir belgemi teslim etmenin benim sorumluluğumda olduğunun bilincindeyim, yoksa faturamın %100'ünden sorumlu olacağım.

Katkı Payı/Nominal Ücret:

Katkı payının/nominal ücretin benim sorumluluğumda olduğunun bilincindeyim. Nakit, çek veya kredi kartıyla ödeme yapabilirim.

Ekstreler:

Hesabım bir dış tahsilat kuruluşuna gönderilmeden önce sadece iki (2) ödeme ekstresi ve bir (1) vadesi geçmiş ekstre (toplam 3 ödeme ekstresi) alacağımın bilincindeyim. Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezleri ve/veya Five Rivers Sağlık Merkezleri, doğru/güncellenmiş bir fatura adresi vermediğim için posta iadeleri alırlarsa bir dış tahsilat kuruluşuna gönderilebileceğimin bilincindeyim.

Ödeme Düzenlemeleri:

Vadesi gelen bir bakiye borç varsa, tamamını ödeyemeyecek durumdaysam bir "Ödeme Düzenlemesi" oluşturabileceğimin bilincindeyim. Ayrıca, Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezleri ve/veya Five Rivers Sağlık Merkezleri ile bir ödeme planı oluşturmazsam veya planlanmış ödemelerimi yapmazsam, bir dış tahsilat kuruluşuna gönderilebileceğimin de bilincindeyim.

Tahsilatlar:

İki (2) kez bir dış tahsilat kuruluşuna gönderilirimsem uygulamadan ihraç edileceğimin ve artık CHCGD ve/veya FRHC'den hizmet alamayacağımın bilincindeyim.

Mali Yetkilendirme

Burada belirtilen yardım ödeneklerinin doğrudan CHCGD ve FRHC ve/veya doktorlara ya da onların görevlendirdiği kişilere ödenmesi, bunun dışında bana ödenebilir olması, ancak normal masrafları aşmaması için yetki veriyorum. Tüm ücretlerden sorumluluğumun faturalar tam olarak ödenene ve/veya ücret bakiyeleri sigorta tarafından karşılanana değin süreceğini anlıyorum.

İmzam veya yetkili temsilcimin imzası yukarıdaki koşulları okuyup, anlayıp kabul ettiğimi göstermekte olup CHCGD ve FRHC'deki bakım için bu onay imzalanmış olabilecek diğer mali onayların yerine geçer.

Hastanın İmzası veya
Yasal Temsilci veya Acente

Tarih

Öğrenciyle İlişkisi

Yeni Hasta Öyküsü

Öğrenci Adı _____ Doğum Tarihi _____

Öğrencinin son fizik veya sağlıklı çocuk muayenesinin tarihi	<input type="checkbox"/> Çocuğum son 12 ayda hiçbir fizik muayene veya sağlıklı çocuk muayenesi olmadı
Temel Bakım Sağlayıcı	Sağlayıcının Konumu
Diğer Sağlık Hizmeti Sağlayıcı	Diğer Sağlık Hizmeti Sağlayıcının Konumu
Şu nedenle diğer Sağlayıcıya/Sağlayıcılara görüldü:	
Diş hekimi	Diş Hekiminin Konumu
Tercih Edilen Eczane	Eczanenin Konumu
Doğumdan itibaren Tüm Ameliyatlar	

Çocuğunuzun alerjisi var mı? Evet Hayır (Evet ise aşağıda açıklayın)

Alerjiler	Alerjik Tepkiyi Tanımlayın:		
Evde (elektronik) sigara içen var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Ev içinde mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
		Ev dışında mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Aile Öyküsü:

Lütfen aile fertlerinin yaşadığı tıbbi sorunların hepsini aşağıda listeleyin.

Anne:	
Baba:	
Büyükanne: birini daire içine alın: Anne tarafı Baba tarafı	
Büyükbaba: birini daire içine alın: Anne tarafı Baba tarafı	
Erkek kardeş(ler):	
Kız kardeş(ler):	

Tıbbi Rahatsızlıklar ve Sağlık Sorunları (Her bir madde için "Evet" veya "Hayır"ı işaretleyin ve gerekirse aşağıda açıklayın)

Suçiçeği hastalığı (yaş____)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Guillain-Barre Sendromu Öyküsü	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Ameliyat veya hastaneye yatış geçen yılda	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Nöbetler (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
*Psikolojik veya duygusal sorun	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Son nöbet tarihi:	
Gelişme sorunları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	*Beyin veya sinir sistemi sorunu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Baş dönmesi/bayımla/kendinden geçme	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Astim	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kalp Rahatsızlığı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Kistik Fibrozis	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Orak Hücre Hastalığı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	*Akciğer veya solunum rahatsızlığı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
*Bağımsızlık sistemi sorunu:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Karaciğer Hastalığı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
*Pıhtılaşma bozukluğu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	*Gastrointestinal rahatsızlık veya mide rahatsızlığı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
*Kan bozukluğu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Böbrek hastalığı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Tip 1 Diyabet	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	*Mesane veya idrar sorunu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Tip 2 Diyabet	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Hamile (sadece kızlar)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Endokrin bozukluğu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	*Diğer rahatsızlıklar/sorunlar	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
*Lütfen yukarıdaki yıldızlı öğeleri açıklayın			

Gizlilik Uygulamaları ve Bilgileri Verme Yetkisi

Öğrenci Adı _____ Doğum Tarihi _____

Gizlilik Uygulamaları Onayı Bildirimi: Herhangi bir DPS binasında Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezleri ve Five Rivers Sağlık Merkezleri için Gizlilik Uygulamaları Bildirimi formlarının bir kopyasını isteyebileceğim konusunda bilgilendirildim. Bunları çevrim içi olarak www.communityhealthdayton.org ve www.fiverivershealthcenters.org adreslerinde de görüntüleyebileceğimi biliyorum. Onay formunun kopyaları çocuğumun okulunda, boş formlar da şu adreste mevcuttur: www.dps.k12.oh.us

Bilgileri Verme Yetkisi: İşbu belgeyle CHCGD, FRHC veya DPS'ye sigortacılar, tazminat şirketi, sağlık tesisi, sosyal yardım kuruluşu, sağlık hizmeti sağlayıcısı, DPS okul hemşiresi/hemşireleri, okul danışmanı ve/veya okul sosyal hizmet görevlisi ile sadece mali yardım, tıbbi bakımın sürekliliği veya bakım koordinasyonunun sağlanması amacıyla bilgi alışverişinde bulunma yetkisi veriyorum. Uygulanan bağışıklamalar, eyalet çapında bağışıklama bilgi sistemine (Ohio ImpactSIIS) girilecektir. Alkol ve uyuşturucu kullanımı bilgilerinin, ilgili kişinin yazılı izni alınmadan veya başka şekilde izinli olmaksızın verilmesi Federal Gizlilik Kuralları (42 CFR Bölüm 2) tarafından önlenmektedir. Federal kurallar, bilgilerin herhangi bir alkol veya uyuşturucu bağımlısı hastayı cezai olarak soruşturmak veya kovuşturmak için kullanılmasını da kısıtlar (52 FR 21809, 9 Haziran 1987; 52 FR 41997, 2 Kasım 1987.) **AIDS, HIV testi veya HIV/AIDS teşhisi ile ilgili hiçbir bilgi ifşa edilmeyecektir.** Okul Ek Sağlık Hizmetleri, sağlanan bakımın kalitesini ve bu hizmetlerin sunulmasının verimliliğini değerlendirmek için öğrenci sağlık kayıtlarını kullanabilir. Çocuğumun kayıtları korunmakta olup onlara sadece sınırlı erişime sahip yetkili kullanıcılar tarafından erişilebilir. Bu yetkinin, tarafımda iptal edilmediği takdirde, çocuğum Dayton Public Schools'da öğrenci olduğu sürece geçerli kalacağını anlıyorum. Çocuğuma bu Okul Ek Sağlık Hizmetlerinin verilmemesi için yazılı bildirimde bulunarak bu yetkilendirmeyi istediğim zaman iptal edebilirim.

Sigorta Bilgisi: Bakım maliyetini karşılamaya yardımcı olmak için, mümkün olan her durumda sigorta veya diğer sağlık hizmetleri sigorta programları faturalandırılır.

Bazı Okul Ek Sağlık Hizmetleri, bir öğrencinin sigortası ya da ödeme yeteneği olsun veya olmasın ailelere ücretsiz olarak sağlanır. Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezlerine ve Five Rivers Sağlık Merkezlerine, herhangi bir özel sağlık sigortası poliçesi, Medicare, Medicaid ya da Okul Ek Sağlık Hizmetleri aracılığıyla çocuğuma sağlanan hizmetler için bir yardım ödeneği ödenebileceğini belirlediğim diğer herhangi bir program kapsamında geri ödeme talepleri sunma hakkı veriyorum.

EVET, Çocuğuma daha iyi hizmet verebilmeleri için Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezleri ve Five Rivers Sağlık Merkezlerinin çocuğumun mevcut ve önceki okul yıllarına ait bireysel akademik, devam ve davranış kayıtlarına erişmesine izin vermeyi KABUL EDİYORUM.

HAYIR, Çocuğuma daha iyi hizmet verebilmeleri için Dayton Büyükşehir Toplum Sağlığı Merkezleri ve Five Rivers Sağlık Merkezlerinin çocuğumun mevcut ve önceki okul yıllarına ait bireysel akademik, devam ve davranış kayıtlarına erişmesine izin vermeyi KABUL ETMİYORUM.

Bu onay, çocuk reşit olana veya Dayton Public Schools'daki öğrenciliği son bulana kadar geçerlidir. Bu onay, hasta adına hareket etmeye yetkili ebeveyn/vasi tarafından herhangi bir zamanda, tüm kuruluşların bu onaya istinaden harekete geçtiği durumlar hariç olmak kaydıyla, geri alınabilir.

İki kuruluşun benim tıbbi bakım veya fatura bilgilerimi bu onayda listelenmemiş hiçbir kimseyle görüşmeyeceğini anlıyorum. Aşağıda, lütfen bilgileri verebileceğimiz kişileri listeleyn.

<u>Ad</u>	<u>Öğrenciyle İlişkisi</u>	<u>Ad</u>	<u>Öğrenciyle İlişkisi</u>
1. _____		2. _____	
3. _____		4. _____	

Ebeveynin/Vasinin Öğrenciyle İlişkisi (öğrenci/hasta 18 yaşından küçükse): Anne Baba Yasal Vasi

Ebeveyn/Vasi (Okunaklı el yazısıyla)	Ebeveyn/Vasi (İmza)	Tarih
Öğrenci/Hasta (Okunaklı el yazısıyla) (18 yaş veya üzeri ise)	Öğrenci/Hasta (İmza) (18 yaş veya üzeri ise)	Tarih