

## Shule za Umma za Dayton

**Fomu ya Kujiandikisha katika Kituo cha Afya cha Shule na Idhini ya Maisha** (Swahili rev. 03.24)



Dayton Public Schools (DPS) hushirikiana na mashirika mengi ya jamii kutoa Huduma za Afya ya Ziada za Shule. Fomu hii moja inachukua nafasi ya nyindi za fomu tofauti za ruhusa zinazohitajika ili kutoa huduma hizi kwa mtoto wako. Huduma za uuguzi shulenii na za dharura bado zitatolewa kama kawaida, ikiwa utachagua kushiriki katika huduma hizi zilizoongezwa au la. Baadhi ya Huduma za Ziada huenda zisipatikane katika majengo yote ya shule. Wasiliana na muuguzi wa shule yako kuhusu uwezo wa huduma. Huduma hizi za afya hutoa huduma bora za afya katika mazingira rafiki, yanayofaa na yanayofahamika kwa wakati unaofaa kwa mwanafunzi na familia. Hatujaribu kuchukua nafasi ya chanzo chako cha kawaida cha huduma ya afya au mtoa huduma wako wa sasa wa huduma ya msingi.

Jina la Mgonjwa/Mwanafunzi (Kwanza, Kati, Mwisho)	Jina Linalopendekezwa la Mwanafunzi		
Anuani ya mtaa	Jiji	Jimbo	Namba ya Posta
Nambari ya simu (iliyo na msimbo wa eneo)	Tarehe ya Kuzaliwa (Mwezi/Siku/Mwaka)	Daraja	Jina la Shule

### **Idhini ya Matibabu ya Huduma za Afya**

Ninakubali kuwaruhusu watoa huduma wanaoshiriki katika Huduma za Afya ya Ziada Shulenii kumfanya mtoto wangu wangu huduma/matibabu yafuatayo: (Angalia kila huduma unayotaka ipatikane kwa ajili ya mtoto wako.)

<b>Matibabu/ Afya ya Tabia</b>  	<input type="checkbox"/> Utunzaji na matibabu ya jeraha/ugonjwa, uchunguzi wa mwili (mtoto mzuri au michezo), chanjo ya mafua (mafua)
	<input type="checkbox"/> Chanjo ya meningococcal (inahitajika kwa darasa la 7 na 12)
	<input type="checkbox"/> Chanjo ya Tdap (inahitajika kwa darasa la 7)
	<input type="checkbox"/> DTaP/Td <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Varisela <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Mchanganyiko wa pneumococcal <input type="checkbox"/> Hib
	<input type="checkbox"/> Uchunguzi wa ujauzito
	<input type="checkbox"/> Upimaji wa Maambukizi ya Zinaa (STI/STD), Elimu na/au matibabu
	<input type="checkbox"/> Kudhibiti Uzazi
	<input type="checkbox"/> Kudhibiti Uzazi
	<input type="checkbox"/> Uchunguzi wa meno bila malipo na vifunga kwa darasa la 2 na la 6 na ukaguzi wa kizibo mwaka ujao wa shule na utume maombi tena ikiwa inahitajika)
<b>Meno</b>  	<input type="checkbox"/> Uchunguzi wa meno, faili za meno
<b>Maono</b>  	<input type="checkbox"/> Uchunguzi wa macho, ikiwa ni pamoja na kutanuka (matone hutumika kumfanya mwanafunzi kuwa mkubwa zaidi), matibabu ya kuona, kuweka na kutoa miwani ya macho na uondoaji wa nje wa kope (kuondoa kitu kutoka kwa safu ya nje ya jicho iliyo wazi, inayolinda)

Kwa kutia saini Idhini hii ya Matibabu ya Huduma za Afya, ninakubali sheria na masharti kuhusu Uidhinishaji wa Kutoa Taarifa na Ugawaji wa Manufaa ya Bima kama ilivyofafanuliwa katika fomu hii ya idhini. Pia ninakubali kwamba nimepokea maelezo kuhusu jinsi ya kupokea Notisi ya Mazoea ya Faragha kama ilivyoelezwa katika kibali hiki. Pia nimepokea na kuelewa huduma zinazopatikana kama zilivyofafanuliwa katika kitini cha Taarifa za Huduma za Afya ya Ziada za Shule kwa Wazazi na Wanafunzi ambacho kinapatikana kwenye tovuti ya Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton (CHCGD) na Vituo vya Afya vya Mito Mitano (FRHC).

Ninaelewa kuwa nitaarifiwa kuhusu huduma zozote ambazo mtoto wangu atapokea, pamoja na matokeo yoyote yasiyo ya kawaida na/au mapendekizo zaidi ya matibabu. Pia ninaelewa kuwa ninafaa kuwasiliana na muuguzi wa shule ikiwa nina maswali kuhusu utunzaji au maagizo yoyote muhimu ya ufuatilaji. Kwa huduma zinazotolewa na Vituo vya Afya, ninaelewa nipigie simu nambari iliyoorodheshwa kwenye Muhtasari wa Baada ya Ziara ambayo ilitumwa nyumbani na mtoto wangu. Ninaelewa kuwa idhini hii itasalia kuwa halali mradi tu mtoto aendelee kuwa mwanafunzi katika Shule za Umma za Dayton isipokuwa nimfute. Ninaweza kubatilisha kibali hiki cha matibabu wakati wowote kwa kuomba kwa maandishi kwamba Huduma za Afya ya Ziada ya Shuleni ziondoe mtoto wangu kwenye huduma. Nimepokea kitini hiki, Taarifa za Huduma za Ziada za Afya Shuleni kwa Wazazi na Wanafunzi, zinazojumuisha mashirika yanayotoa huduma, na ninaelewa huduma zinazopatikana. Ni jukumu langu kumjulisha muuguzi wa shule kuhusu masasisho au mabadiliko yote ya hali ya afya ya mtoto wangu, rekodi za chanjo, dawa au bima.

Mtu anayejaza fomu (chapisha): \_\_\_\_\_ Tarehe: \_\_\_\_\_

Sahihi: \_\_\_\_\_ Uhusiano na Mtoto: \_\_\_\_\_

## **Taarifa za Bima ya Afya**

Tafadhali weka duara ni mtooa huduma gani wa bima aliyeonyeshwa hapa chini anayeshughulikia mtoto wako. Baadhi ya Huduma za Afya ya Ziada za Shule hutolewa bila gharama kwa familia iwe mwanafunzi ana bima au la kulipa. Unaweza kupata bili kwa baadhi ya huduma ikiwa haijalipiwa na bima.

### **Mipango ya Utunzaji Inayosimamiwa na Medicaid (zungusha moja hapa chini):**



Kitambulisho cha Utunzaji Unaosimamiwa#\_\_\_\_\_ Ohio Medicaid #\_\_\_\_\_

<b>Maelezo ya mgonjwa:</b>	
Jina la Mgonjwa/Mwanafunzi (Kwanza, Kati, Mwisho)	Jina Linalopendekezwa la Mwanafunzi
Usalama wa Jamii #	Tarehe ya kuzaliwa

<b>Mhusika anayewajibika (Inahitajika kwa wagonjwa walio chini ya miaka 18 au wakati wowote mdhamini si mgonjwa):</b>				
Jina (Kwanza, Kati, Mwisho)	Usalama wa Jamii #	Tarehe ya kuzaliwa	Uhusiano	
Anwani ya Malipo ya Mgonjwa au Mtu Anayewajibika	Apt. #	Jiji	Jimbo	Zip
Simu ya Nyumbani (      )	Simu Mbadala (      )	Rafiki wa Familia (      )		
Barua pepe				

### **Bima ya Kibinafsi (isipokuwa Medicaid):**

Kampuni ya Bima \_\_\_\_\_ Jina la Mwenye Sera \_\_\_\_\_

Uhusiano na Mwanafunzi \_\_\_\_\_ Tarehe ya kuzaliwa \_\_\_\_\_ Tarehe ya Kutumika \_\_\_\_\_

Co-Pay \$ \_\_\_\_\_ Sera # \_\_\_\_\_

**Bima ya Sekondari:**

Kampuni ya Bima \_\_\_\_\_ Mwenye Jina la Sera \_\_\_\_\_  
 Uhusiano na Mwanafunzi \_\_\_\_\_ Tarehe ya kuzaliwa \_\_\_\_\_ Tarehe ya Kutumika \_\_\_\_\_  
 Co-Pay \$ \_\_\_\_\_ Sera # \_\_\_\_\_

**Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton na Vituo vya Afya vya Mito Tano ni Vituo vya Afya Vilivyo hitimu Kiserikali.**  
**Tunatakiwa kukusanya mapato na taarifa nyingine za demografia za idadi ya wagonjwa wetu. Taarifa zote ni za siri na tunatakiwa tu kuripoti nambari, si majina ya wagonjwa.**

Saizi ya familia ni familia yako ya karibu inayoishi nyumbani kwako ambayo unawajibika kisheria na watoto unaowalipa watoto ambao hawaishi nyumbani kwako. Tutakuomba usasishe habari hii kila mwaka.

**Tafadhalu duru ukubwa wa familia yako na mapato ya familia yako kwenye chati iliyo hapa chini:**

Ukubwa wa Familia	Mwaka Mapato Chini	Mwaka Mapato Kati	Mwaka Mapato Kati	Mwaka Mapato Kati	Mwaka Mapato Kati
1	\$15,060	\$15,061-18,824	\$18,825-22,589	\$22,590-26,354	\$26,355-30,120
2	\$20,040	\$20,041-25,549	\$25,550-30,659	\$30,660-35,769	\$35,770-40,880
3	\$25,820	\$25,821-32,274	\$32,275-38,729	\$38,730-45,185	\$45,186-51,640
4	\$31,200	\$31,201-38,999	\$39,000-46,799	\$46,800-54,599	\$54,600-62,400
5	\$36,580	\$36,581-45,724	\$45,725-54,869	\$54,870-64,014	\$64,015-73,160
6	\$41,960	\$41,961-52,449	\$52,450-62,939	\$62,940-73,429	\$73,430-83,920
7	\$47,340	\$47,341-59,174	\$59,175-71,009	\$71,010-82,844	\$82,845-94,680
8	\$52,720	\$52,721-65,899	\$65,900-79,079	\$79,080-92,259	\$92,260-105,440

**Taarifa za Idadi ya Wanafunzi**

**Jinsia:**  Mwanaume  Mwanamke  Wanapendelea kujieleza: \_\_\_\_\_

**Ukabila:** Mhispania/Latino (angalia moja)  Ndiyo  Hapana

**Mbio:** Tafadhalu angalia yote ambayo yanahusu mtoto wako:

Mmarekani Mweusi au Mwaafrika  Nyeupe  Mwaasia  Mzaliwa wa Kihawai/Kisiwa cha Pasifikasi

Mhindi wa Marekani/Mzaliwa wa Alaska  Nyingine: \_\_\_\_\_

**Lugha Kuu ya Mwanafunzi:**  Kiingereza  Kihispania  Kirusi  Kituruki  Kinyarwanda  Kifaransa  Kiarabu

Nyingine: \_\_\_\_\_

**Mkataba wa Malipo**

**Jina la Mwanafunzi** \_\_\_\_\_ **TAREHE YA KUZALIWA** \_\_\_\_\_

## **Bima ya Afya:**

Ninafahamu kuwa ni wajibu wangu kama mgonjwa kutoa nakala ya maelezo yangu ya bima kwa Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton na/au Vituo vya Afya vya Mito Mitano.

## **Kujilipa (Bima isiyo na Bima au isiyo na Bima):**

Ninafahamu kuwa ni wajibu wangu kukamilisha Ombi la Ada ya Kutelezesa na kurejesha uthibitisho wangu wa mapato ndani ya siku 30 baada ya ziara yangu au nitawajibika kwa 100% ya bili yangu.

## **Malipo Pamoja/Ada ya Kawaida:**

Ninafahamu kuwa malipo yangu mwenza/ada ya kawaida ni jukumu langu. Ninaweza kulipa pesa taslimu, hundi au kadi ya mkopo.

## **Taarifa:**

Ninafahamu kuwa nitapokea taarifa mbili (2) pekee na taarifa moja (1) ya wakati uliopita (jumla ya taarifa 3) kabla ya akaunti yangu kutumwa kwa wakala wa nje wa kukusanya. Ninajua ikiwa Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton na/au Vituo vya Afya vya Five Rivers vitapokea barua zilizorejeshwa kwa sababu sijatoa anwani sahihi ya bili/iliosasishwa, ninaweza kutumwa kwa wakala wa nje wa kukusanya.

## **Mipango ya malipo:**

Ninafahamu kwamba ikiwa kuna salio linalodaiwa, ninaweza kuweka "Mpango wa Malipo" ikiwa siwezi kulipa kikamilifu. Ninafahamu pia kwamba ikiwa sitaweka mpango wa malipo na Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton na/au Vituo vya Afya vya Five Rivers au sitafanya malipo yangu yaliyoratibiwa, ninaweza kutumwa kwa wakala wa nje wa kukusanya.

## **Mikusanyiko:**

Ninajua kuwa nikitumwa kwa wakala wa nje wa kukusanya mara mbili (2) ambazo ninaweza kuachiliwa mazoezi na sitawenza tena kupokea huduma katika CHCGD na/au FRHC.

## **Uidhinishaji wa Fedha:**

Ninaidhinisha malipo moja kwa moja kwa CHCGD na FRHC na/au matabibu au wateule wao wa manufaa yalijotajwa hapa na ninayopaswa kulipwa kwa njia nyinginezo lakini yasizidi gharama za kawaida. Ninaelewa kuwa ninawaijibika malipo yote hadi bili zilipwe kwa ukamilifu na/au salio la malipo halijafunika na bima.

**Sahihi yangu, au ya mwakilishi wangu aliyeidhinishwa, inaonyesha kwamba nimesoma, kuelewa na kukubali masharti yaliyo hapo juu na idhini hii ya utunzaji katika CHCGD na FRHC inachukua nafasi ya idhini nyingine yoyote ya kifedha ambayo inaweza kuwa imetiwa saini.**

Sahihi ya Mgonjwa au  
Mwakilishi wa Kisheria au Wakala

Tarehe

Uhusiano na Mwanafunzi

## **Historia Mpya ya Wagonjwa**

**Jina la Mwanafunzi \_\_\_\_\_ TAREHE YA KUZALIWA \_\_\_\_\_**

Tarehe ya mtihani wa mwisho wa kimwili au wa mtoto mzuri	<input type="checkbox"/> Mtoto wangu hajafanya mtihani wa kimwili au wa hali ya juu katika muda wa miezi 12 iliyopita
Mtoa Huduma ya Msingi	Mahali pa Mtoa huduma

Mto huduma mwingine	Eneo lingine la Mto Huduma
Imeonekana na Watoa Huduma wengine kwa	
Daktari wa meno	Mahali pa Daktari wa meno
Duka la dawa linalopendekezwa	Mahali pa Duka la Dawa
Upasuaji wote tangu kuzaliwa	

Je, mtoto wako ana mzio wowote?  Ndiyo  Hapana (Kama ndiyo, eleza hapa chini)

Mzio	Eleza Mwitikio:
------	-----------------

Je, mtu ye yeyote nyumbani anavuta sigara au vape?	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	Ndani ya nyumba? <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Nje? <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
<input type="checkbox"/> Hapana		

### **Historia ya Familia:**

Tafadhalii orodhesha hapa chini matatizo yote ya matibabu ambayo kila mwana familia amekuwa nayo.

Mama:	
Baba:	
Bibi: duara moja: Mama upande Baba upande	
Babu: duara moja: Mama upande Baba upande	
Ndugu:	
Dada:	

### **Matatizo ya Kiafya na Masuala ya Kiafya (Angalia "Ndiyo" au "Hapana" kwa kila kitu na ueleze hapa chini ikiwa ni lazima)**

Ugonjwa wa Kuku (Umri)	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	Historia ya Ugonjwa wa Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Upasuaji au kulazwa hospitalini katika mwaka uliopita	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	Kifafa <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana Tarehe ya mshtuko wa mwisho:
* Tatizo la kisaikolojia au mhemko	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	* Tatizo la ubongo au mfumo wa neva <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Matatizo ya maendeleo	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	Pumu <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Kizunguzungu/kuzimia/kuzimia	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Tatizo la Moyo	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	* Tatizo la mapafu au kupumua <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Ugonjwa wa Sickle Cell	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	Ugonjwa wa Ini <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
*Tatizo la mfumo wa kinga:	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	*GI au shida ya tumbo <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
* Ugonjwa wa kuganda kwa damu	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	Ugonjwa wa figo <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
* Ugonjwa wa damu	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	*Tatizo la kibofu au mkojo <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Aina ya 1 ya kisukari	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	Wajawazito (wasichana pekee) <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Aina ya 2 ya Kisukari	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	*Matatizo/matatizo mengine <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
Ugonjwa wa Endocrine	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	

**\*Tafadhalii eleza vipengee vyovoyote vilivyo na nyota hapo juu**

### **Mbinu za Faragha na Uidhinishaji wa Kutoa Taarifa**

Jina la Mwanafunzi \_\_\_\_\_ TAREHE YA KUZALIWA \_\_\_\_\_

**Notisi ya Uthibitishaji wa Mazoe ya Faragha:** Nimearifiwa kwamba ninaweza kuomba nakala ya fomu za Notisi ya Mazoezi ya Faragha kwa Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton na Vituo vya Afya vya Mito Tano kwenye jengo lolote la DPS. Najua pia ninaweza

kuzitazama mtandaoni katika [www.communityhealthdayton.org](http://www.communityhealthdayton.org) na [www.fiverivershealthcenters.org](http://www.fiverivershealthcenters.org). Nakala za fomu ya idhini zinapatikana katika shule ya mtoto wangu na fomu zisizo na kitu pia zinapatikana katika [www.dps.k12.oh.us](http://www.dps.k12.oh.us)

**Uidhinishaji wa Kutoa Taarifa:** Ninaidhinisha CHCGD, FRHC, au DPS kubadilishana taarifa na watoa bima, watoa huduma za fidia, kituo cha huduma ya afya, wakala wa ustawi, wahudumu wa afya, wauguzi wa shule ya DPS, mshauri wa shule na/au mfanyakazi wa kijamii wa shule, kwa madhumuni ya kipekee ya kifedha. usaidizi, mwendelezo wa huduma ya matibabu, au uratibu wa matunzo. Chanjo zinazosimamiwa zitaingizwa kwenye mfumo wa taarifa wa chanjo wa jimbo zima (Ohio ImpactSIIS). Kutolewa kwa maelezo ya matumizi mabaya ya pombe na dawa za kulevyu kulindwa na Kanuni za Usiri za Shirikisho (42 CFR Sehemu ya 2) bila ridhaa iliyoandikwa ya mtu anayehusika au inavyoruhusiwa vinginevyo. Sheria za shirikisho pia huzuia matumizi yoyote ya taarifa hiyo kuchunguza au kumshtaki mgonjwa yeyote wa ulevi au dawa za kulevyu (52 FR 21809, Juni 9, 1987; 52 FR 41997, Novemba 2, 1987. Hakuna ufichuaji wa taarifa kuhusu UKIMWI, upimaji wa VVU au utambuzi. ya VVU/UKIMWI itafanya. Huduma za Afya ya Ziada Shulen i zinaweza kutumia rekodi za afya ya wanafunzi kutathmini ubora wa huduma zinazotolewa na ufanisi wa kutoa huduma hizi. Rekodi za mtoto wangu zinalindwa na zinaweza kufikiwa na watumiaji walioidhinishwa tu na ufikiaji uliozuiliwa. Ninaelewa kuwa uidhinishaji huu utaendelea kuwa halali mradi mtoto awe mwanafunzi katika Shule za Dayton Public Schools isipokuwa nibatili. Ninaweza kubatilisha idhini hii wakati wowote kwa kutoa notisi ya maandishi ya kumwondo mtoto wangu kwenye Huduma hizi za Afya ya Ziada za Shule.

**Taarifa za Bima:** Bima au mipango mingine ya huduma za afya hutozwa kila inapowezekana ili kusaidia kulpia gharama ya utunzaji. Baadhi ya Huduma za Afya ya Ziada za Shule hutolewa bila gharama kwa familia iwe mwanafunzi ana bima au la kulpia. Ninavipa Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton na Five Rivers Health Centres haki ya kuwasilisha madai ya kurejeshewa fedha chini ya sera yoyote ya kibinagsi ya bima ya afya, Medicare, Medicaid au programu zozote ambazo ninatambua ambazo faida yake inaweza kulpia huduma zinazotolewa. mtoto wangu kupitia Huduma za Afya ya Ziada za Shule.

**NINAKUBALI** kuruhusu Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton na Vituo vya Afya vya Mito Tano kufikia rekodi binafsi za masomo, mahudhurio na tabia za mtoto wangu kwa miaka ya sasa na ya awali ya shule, ili waweze kutoa huduma bora kwa mtoto wangu.

**SIKUBALI** kuruhusu Vituo vya Afya vya Jamii vya Greater Dayton na Vituo vya Afya vya Mito Tano kufikia rekodi binafsi za masomo, mahudhurio na tabia za mtoto wangu kwa miaka ya sasa na ya awali ya shule, ili waweze kutoa huduma bora kwa mtoto wangu..

Idhini hii ni halali hadi mtoto afikie umri wa watu wengi, au asiwe mwanafunzi tena katika Shule za Umma za Dayton. Idhini hii inaweza kubatilishwa wakati wowote na mzazi/mlezi aliyeidhinishwa kuchukua hatua kwa niaba ya mgonjwa, isipokuwa kwa kiwango ambacho mashirika yote tayari yamechukua hatua kwa kutegemea idhini hii.

Ninaelewa kuwa mashirika haya mawili hayatajadili huduma yangu ya matibabu au maelezo ya bili na mtu yeyote ambaye hajaorodheshwa kwenye kibali hiki.

Hapa chini, tafadhali orodhesha watu ambao tunaweza kuwatolea maelezo.

<u>Jina</u>	<u>Uhusiano na Mwanafunzi</u>	<u>Jina</u>	<u>Uhusiano na Mwanafunzi</u>
1. _____	2. _____		
3. _____	4. _____		

**Uhusiano wa Mzazi/Mlezi kwa Mwanafunzi (ikiwa mwanafunzi/mgonjwa ana umri wa chini ya miaka 18):**  Mama  Baba

**mlezi wa kisheria**

Mzazi/Mlezi (Chapisha)	Mzazi/Mlezi (Sahihi)d	Tarehe
Mwanafunzi/Mgonjwa (Chapa) (kama miaka 18 au zaidi)	Mwanafunzi/Mgonjwa (Sahihi) (kama miaka 18 au zaidi)	Tarehe