



**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](http://www.carestlhealth.org)



## DỊCH VỤ KHÁM SỨC KHỎE TẠI TRƯỜNG – GIẤY ỦY QUYỀN ĐỂ KHÁM TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Dịch vụ khám sức khỏe ở trường là sự hợp tác giữa CareSTL và Quận Trường Hazelwood. Bằng việc điền vào đơn này và nhận dịch vụ này, bạn cho chúng tôi quyền được khám nghiệm và chữa trị con của bạn. Ngoài ra, bạn cũng cho chúng tôi quyền để cung cấp thông tin như là (điểm, ngày đi học, IEP, 504 plans và lịch sử sức khỏe) từ trường Hazelwood cho CareSTL Health. Bản điện thông tin này sẽ được lưu giữ trong tài liệu y tế của con bạn cho tương lai. Bạn có quyền thu hồi giấy ủy quyền khám này bất cứ lúc nào.

- Tôi muốn vào và cho quyền CareSTL khám và chữa trị cho con tôi và chấp nhận việc tiêm vắc xin hoặc những loại thuốc cần thiết để bảo vệ sức khỏe cho con tôi cộng với những dịch vụ ý tế sau:
- Tiêm phòng dịch  Khám sức khỏe ( cả cho thể thao)
- Dịch vụ nha khoa trẻ em (trám, nhổ, làm bạc Nếu cần thiết)  Đánh giá, kiểm nghiệm và chữa trị chấn thương hoặc bệnh.
- Tôi muốn vào và cho quyền CareSTL chữa cho con tôi và chấp nhận các dịch vụ chấn chỉnh liên quan đến hành vi hoặc tư vấn giáo dục cần thiết cho sự phát triển của con tôi tại trường.
- Tôi không muốn vào. Tôi không muốn CareSTL Health khám, điều trị cho con tôi về cả y tế, nha khoa hay là tư vấn hành vi giáo dục.

Trường \_\_\_\_\_ Tên học sinh \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Ngôn Ngữ \_\_\_\_\_ Giới tính khi sinh : M hay F

**Xu hướng giới tính:**  Đồng tính Nam hay Nữ  Giới tính bình thường  Lưỡng tính  Không biết  
 Không muốn tiết lộ  Giới khác \_\_\_\_\_

**Giới tính thiết lập:**  Nam  Nữ  Nữ thành Nam  Nam thành Nữ  Không rõ là nam hay nữ  
 không muốn tiết lộ  Giới khác \_\_\_\_\_

**Chủng tộc**  Mỹ Latin/Hispanic  không phải Mỹ Latin/Hispanic **Chủng người**  Da trắng  Da màu  
 Châu Á  Mỹ Native  Người Hawaii/đảo Thái bình dương  Khác \_\_\_\_\_

Cha mẹ/Người bảo trợ Ủy Phép và thông tin cá nhân:

Tên \_\_\_\_\_ số điện thoại # \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Ký tên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

## VUI LÒNG ĐIỀN: LỊCH SỬ Y TẾ HỌC SINH

Ngày khám sức khỏe gần nhất \_\_\_\_\_ ngày khám nha khoa gần nhất \_\_\_\_\_  
Dị ứng (thức ăn hoặc thuốc) \_\_\_\_\_  
Lịch sử bệnh lý/phẫu thuật \_\_\_\_\_  
Bác sĩ chính (primary) \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
Loại bảo hiểm \_\_\_\_\_ Số bảo hiểm \_\_\_\_\_  
Công ty bảo hiểm \_\_\_\_\_ số danh sách \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nha khoa \_\_\_\_\_ Nhà thuốc \_\_\_\_\_

## CareSTL Health – Người hộ tống học sinh

Trong trường hợp học sinh được chuyển đến một trong những hệ thống ý tế hoặc bệnh viện của CareSTL, bạn có quyền cho phép người hộ tống học sinh đến những nơi này. Vui lòng điền tên của những người bạn muốn cho phép hộ tống vào đây:

Tên \_\_\_\_\_ Quan hệ với học sinh \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Quan hệ với học sinh \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Quan hệ với học sinh \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Quan hệ với học sinh \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Quan hệ với học sinh \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Quan hệ với học sinh \_\_\_\_\_

# Điều khoản về quyền lợi và bảo vệ riêng tư gia đình (FERPA)

Trung tâm y tế trường học  
Giấy cho phép chia sẻ thông tin

Gửi: Quận trường Hazelwood

Tiêu đề: Chia sẻ thông tin y tế giữa HSD (Hazelwood School District) và CareSTL

Tôi hiểu rằng, dưới điều khoản của FERPA, Quận trường Hazelwood có thể chia sẻ cho nhân viên của CareSTL về những thông tin y tế của học sinh (bản chích ngừa, tình trạng bệnh lý có sẵn, etc.) và cả những thông tin cần thiết để CareSTL có thể cung cấp dịch vụ chữa trị và y tế cho học sinh có tên dưới đây. Đây là thông báo cho cha mẹ (hoặc học sinh, nếu đủ 18 tuổi) rằng những thông tin này sẽ được chia sẻ giữa Hazelwood School District và CareSTL.

Tên học sinh: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tên học sinh: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Chữ ký cha/mẹ: \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_  
(Nếu dưới 18 tuổi)