



**ПРОГРАММА ШКОЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК**  
**Форма родительского согласия (Классы РК-8)**

\_\_\_\_\_ (School(s) Covered)

\_\_\_\_\_ (HCSP)

\_\_\_\_\_ (HCSP Address)

**УСЛУГИ ШКОЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ**

Я согласен на получение моим ребёнком услуг лицензированных штатом медицинских работников (HCSP) в рамках школьной программы здоровья, одобренной Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк. Я понимаю, что конфиденциальность в отношении медицинской информации учащегося будет соблюдаться поставщиком медицинских услуг в определённых сферах в соответствии с законом и что учащимся будет рекомендовано привлекать родителей или опекунов к решениям медицинского характера. Школьный центр здоровья может предлагать следующие услуги, но не ограничиваться ими:

1. Установленный перечень школьных медицинских услуг, в том числе: проверка зрения (включая подбор очков), слуха, наличия астмы, ожирения, сколиоза, туберкулёза и других медицинских проблем, оказание первой помощи и выполнение обязательных и рекомендованных прививок.
2. Полный медицинский осмотр (comprehensive physical examination), в том числе для школы, спорта, устройства на работу и поступления в школу.
3. Лабораторные анализы по медицинским показаниям, таким как анемия, серповидно-клеточная болезнь и диабет.
4. Медицинское обслуживание и лечение, в том числе диагностику острых и хронических заболеваний, выдачу и выписку лекарств.
5. Служба психического здоровья, в том числе освидетельствование, диагностика, лечение и направление к специалистам.
6. Медицинское просвещение и консультирование в соответствии с возрастом по предотвращению рискованного поведения, включая употребление наркотиков и алкоголя, половое воздержание и предотвращение беременности, венерические болезни и ВИЧ.
7. Стоматологическое обследование: включая диагностику, лечение и нанесение силантов (при возможности).
8. Направление в другие учреждения для получения услуг, не предоставляемых в школьном центре здоровья.
9. Ежегодный медицинский опрос.

**ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА**  
**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ В СВЯЗИ С ИХ РАЗРЕШЕНИЕМ**  
**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**  
**РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**  
**В СООТВЕТСТВИИ С HIPAA**

Моя подпись на обороте подтверждает моё разрешение на предоставление медицинской информации. Эта информация может быть защищена от разглашения на основании федерального закона конфиденциальности информации и закона штата.

Подписывая настоящее разрешение, я соглашаюсь на представление медицинской информации Департаменту образования г. Нью-Йорка в соответствии с требованием закона или распоряжением директора или в связи с необходимостью охраны здоровья или безопасности моего ребёнка. По моему требованию учреждение или лицо, предоставляющее данную медицинскую информацию, обязано прислать мне копию настоящей формы. В соответствии с законом родители обязаны предоставить школе определённую информацию, например, сведения об иммунизации. Отказ от предоставления такой информации может привести к отстранению ребёнка от занятий.

Я получил(а) ответы на вопросы, касающиеся этой формы. Я понимаю, что не обязан/а давать разрешение на разглашение медицинской информации о своём ребёнке могу передумать в любое время и отменить свое разрешение, написав заявление в школьный центр здоровья. Однако после факта передачи информация не может быть отозвана и закрыта задним числом, т. е. предшествующим дате её предоставления.

Я разрешаю \_\_\_\_\_ (HCSP) школьному центру здоровья предоставить Департаменту образования г. Нью-Йорка определённую медицинскую информацию учащегося, имя и фамилия которого указаны на обороте.

Я разрешаю передачу из школьного центра здоровья в Департамент образования г. Нью-Йорка и из Департамента образования г. Нью-Йорка в школьный центр здоровья перечисленной ниже медицинской информации в соответствии с существующими требованиями и чтобы гарантировать наличие в школе информации, необходимой для охраны здоровья и безопасности моего ребёнка. Я понимаю, что конфиденциальность этой информации гарантируется федеральным законодательством и законодательством штата, а также распоряжениями директора Департамента касательно конфиденциальности.

**Информация в соответствии с законодательством и распоряжением директора Департамента**

- Осмотр вновь поступающих (Форма 211S)
- Иммунизация
- Результаты проверки зрения и слуха
- Результаты туберкулинового теста

**Информация для охраны здоровья и безопасности**

- Состояния, когда может потребоваться экстренная помощь (Форма 103S)
- Состояния, ограничивающие повседневную деятельность учащегося (Форма 103S)
- Диагнозы определённых инфекционных заболеваний (за исключением ВИЧ-инфекции, венерических и прочих болезней, конфиденциальность информации о которых защищена законом).
- Медицинская страховка

Моя подпись на стр. 1 данной формы также подтверждает моё разрешение \_\_\_\_\_ (HCSP) на обращение к другим медицинским учреждениям, которые оказывали услуги моему ребёнку, и на получение информации о страховке.

**Сроки действия разрешения на предоставление информации:**

С: Дата подписания этой формы на обороте

До: Дата окончания предоставления медицинских услуг в школьном центре здоровья

**Ознакомьтесь с информацией на обеих сторонах этой формы**