

## SCHOOL-BASED HEALTH CENTER PROGRAM



STEAM @ Dr. King	315-435-4031
Dr. Weeks School	315-435-4030
Delaware Primary	315-435-4452
Syracuse STEM @ Blodgett	315-435-6431
P.S.L.A Fowler	315-435-4410
H. W. Smith School	315-435-6266
Grant Middle School	315-435-4040
Franklin Elementary School	315-435-4102

Kính gửi Quý Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

<https://syracusecommunityhealth.org/services/school-based-health-services/>

### **Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính toàn diện được cung cấp trực tiếp cho con quý vị tại trường học.**

Syracuse Community Health, Inc. và Học Khu Thành Phố Syracuse (Syracuse City School District) cung cấp các dịch vụ y tế, nha khoa và sức khỏe tâm thần tại trường học của con quý vị thông qua chương trình *Trung Tâm Y Tế Tại Trường Học (School Based Health Center)*.

Có sẵn một loạt các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính, bao gồm các dịch vụ sau đây:

- Kiểm tra thể chất và khám sức khỏe (thể thao và bài kiểm tra trên giấy)
- Tiêm chủng
- Dịch vụ nha khoa, làm sạch, trám răng, điều trị và chụp X-quang
- Sức khỏe tâm thần
- Điều trị bệnh cấp tính và khẩn cấp hoặc thương tích nhẹ.

**Hơn hết, các dịch vụ này sẽ được cung cấp mà quý vị không phải trả thêm chi phí tiền túi cho dù con quý vị có bảo hiểm y tế hay không. Không cần thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị và quý vị sẽ không bị phạt DƯỚI BẤT KỲ HÌNH THỨC NÀO khi ghi danh vào chương trình School Based Health Center.**

Trẻ em khỏe mạnh là chìa khóa để học tập và khôn lớn. Chúng tôi thiết kế dịch vụ chăm sóc sức khỏe để tiếp cận thuận tiện nhất có thể. Chúng tôi có niềm tin mạnh mẽ vào việc trẻ em sẽ không gặp khó khăn trong học tập do thiếu dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Chúng tôi khuyến nghị quý vị tận dụng chương trình chăm sóc sức khỏe cho trẻ em này. Nếu con quý vị đã tham gia bảo hiểm, quý vị sẽ không cần trả khoản đồng thanh toán; chúng tôi sẽ gửi hóa đơn cho hãng bảo hiểm của quý vị đối với dịch vụ phát sinh. Nếu con quý vị chưa tham gia bảo hiểm, chúng tôi sẽ giúp xác định xem con quý vị có đủ điều kiện tham gia chương trình **Medicaid hoặc Child Health** Plus hay không. Nếu quý vị có bảo hiểm, điều quan trọng là quý vị phải cung cấp cho chúng tôi thông tin bảo hiểm của con quý vị tại thời điểm ghi danh để chúng tôi xuất hóa đơn phù hợp cho các dịch vụ mà chương trình cung cấp.

Vui lòng gọi đến số điện thoại ở trên tại trường con quý vị đang theo học để gặp Y Tá Điều Dưỡng của chương trình School Based Health hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại [www.scheny.com/sbhc](http://www.scheny.com/sbhc).

**Trước khi con quý vị có thể tham gia chương trình, vui lòng điền vào các biểu mẫu trong gói đính kèm và gửi lại cho trường của con quý vị. Cảm ơn quý vị đã dành thời gian cho chúng tôi. Chúng tôi rất mong được đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho con quý vị.**

Trân trọng,

Dr. Ofrona Reid  
Chủ Tịch & CEO  
Syracuse Community Health

Trân trọng,

Anthony Q. Davis, Sr.  
Giám Đốc Lâm Thời của  
Syracuse City School District

Tên Trường \_\_\_\_\_

Học: \_\_\_\_\_

Office Use Only OSIS #: _____	Medical Record No. _____
<b>THÔNG TIN HỌC SINH</b>	<b>THÔNG TIN CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ</b>
Họ Học Sinh: _____ Tên Học Sinh: _____ Tên Đệm Viết Tắt của Học Sinh: _____ Ngày Sinh: _____ / _____ / _____ <i>Tháng Ngày Năm</i> Số An Sinh Xã Hội của Học Sinh: _____ Trường Học của Học Sinh: _____ Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Lớp _____ Chủng Tộc/Dân Tộc: <input type="checkbox"/> Người gốc Tây Ban Nha/La Tinh <input type="checkbox"/> Người Da Đen <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa <input type="checkbox"/> Người Châu Á/Người Dân Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác _____ Ngôn Ngữ Ưu Tiên: _____ Con quý vị có gặp khó khăn khi nói tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Địa Chỉ của Học Sinh: _____ Số Căn Hộ: _____ <i>Thành Phố Tiểu Bang Mã Zip</i>	Tên Mẹ Họ: _____ Tên: _____ Ngày Sinh: _____ Tên Cha Họ: _____ Tên: _____ Ngày Sinh: _____ Tên Người Giám Hộ Hợp Pháp, Nếu Có Họ: _____ Tên: _____ Ngày Sinh: _____ Mối quan hệ giữa người giám hộ hợp pháp và học sinh <input type="checkbox"/> Ông/Bà <input type="checkbox"/> Có hoặc Chú <input type="checkbox"/> Khác: _____ Thông Tin Liên Hệ của cha mẹ hoặc người giám hộ Điện Thoại Nhà Riêng: _____ Điện Thoại Cơ Quan: _____ Di Động: _____ E-mail: _____ Người Liên Hệ Bổ Sung Trong Trường Hợp Khẩn Cấp Tên: _____ Mối Quan Hệ với Học Sinh: _____ Điện Thoại Nhà Riêng: _____ Điện Thoại Cơ Quan: _____ Di Động: _____
<b>THÔNG TIN BẢO HIỂM</b>	<b>THÔNG TIN NHÀ CUNG CẤP</b>
Con quý vị có bảo hiểm Medicaid không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Số ID Medicaid _____ Con quý vị có bảo hiểm Child Health Plus không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Số ID CHP _____ Chương trình Medicaid/Child Health Plus nào? <input type="checkbox"/> UHC Community Plan <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Khác _____ Học sinh có bảo hiểm y tế thông qua chủ lao động của quý vị hoặc loại bảo hiểm nào khác không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế: _____ ID Hội Viên/Số Hợp Đồng: _____ Số Điện Thoại của Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế: _____ Con quý vị có Bảo Hiểm Nha Khoa không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, Chương Trình Nha Khoa: _____ ID Hội Viên/Số Hợp Đồng: _____ Số Điện Thoại của Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế: _____ Quý vị có muốn được liên hệ bởi đại diện của một tổ chức cộng đồng hoặc một chương trình bảo hiểm y tế dành cho người có thu nhập thấp được Tiểu Bang NY chấp thuận không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Học sinh có bác sĩ thường thăm khám không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Tên: _____ Điện Thoại: _____ Địa Chỉ: _____ Học sinh có nha sĩ thường thăm khám không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có: Tên: _____ Điện Thoại: _____ Địa Chỉ: _____ Vui lòng nêu rõ nhà thuốc thuận tiện cho quý vị để chúng tôi chuyển tiếp các đơn thuốc cần thiết cho nhà thuốc bằng phương tiện điện tử Tên Nhà Thuốc: _____ Địa Chỉ Nhà Thuốc: _____ Số Điện Thoại Nhà Thuốc: _____
<b>HỢP 1. CHẤP THUẬN CỦA CHA MẸ VỀ DỊCH VỤ CỦA SCHOOL-BASED HEALTH CENTER. Vui lòng ký vào hộp 1, 2, 3 để hoàn tất ghi danh</b>	
Tôi đã đọc và hiểu rõ các dịch vụ được cung cấp tại School-Based Health Center và tôi ký tên dưới đây để chấp thuận cho con tôi được nhận các dịch vụ do SCH School-Based Health Center cung cấp. <b>LƯU Ý:</b> Theo luật pháp, không cần có sự chấp thuận của cha mẹ để thực hiện các sàng lọc bắt buộc, áp dụng phương pháp điều trị sơ cứu, chăm sóc tiền sản, các dịch vụ liên quan đến hành vi tình dục và phòng tránh thai, cũng như cung cấp các dịch vụ khi sức khỏe của học sinh có vẻ như đang gặp nguy hiểm. Không cần có chấp thuận của cha mẹ đối với học sinh 18 tuổi trở lên hoặc những học sinh đã là cha mẹ hoặc được giải phóng về mặt pháp lý. Chữ ký của tôi xác nhận tôi đã nhận được một bản Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư. X _____ Chữ Ký của Cha Mẹ/Người Giám Hộ (hoặc của học sinh nếu 18 tuổi trở lên hoặc được cho phép theo pháp luật) Ngày _____ Tên Viết Hoa _____	
<b>HỢP 2. CHẤP THUẬN CỦA CHA MẸ TUÂN THỦ HIPAA VỀ VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE</b>	
Tôi đã đọc và hiểu rõ việc tiết lộ các thông tin sức khỏe ở trang 2 của mẫu này. Chữ ký của tôi xác nhận tôi chấp thuận tiết lộ các thông tin sức khỏe theo quy định. X _____ Chữ Ký của Cha Mẹ/Người Giám Hộ TÊN CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ VIẾT HOA Ngày _____ (hoặc học sinh nếu 18 tuổi trở lên hoặc được cho phép theo pháp luật)	
<b>HỢP 3: LỰA CHỌN CHẤP THUẬN HEALTH E CONNECTIONS</b>	
Lựa Chọn Chấp Thuận Của Tôi. MỘT ô được chọn ở bên trái lựa chọn của tôi. Tôi có thể điền mẫu này ngay hoặc để sau này. Tôi cũng có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào. <input type="checkbox"/> Tôi CHẤP THUẬN cho SCH truy cập TẤT CẢ các thông tin sức khỏe điện tử của tôi thông qua HealthConnections để phục vụ mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe <input type="checkbox"/> TÔI KHÔNG ĐỒNG Ý để SCH truy cập thông tin sức khỏe điện tử của tôi thông qua HealthConnections cho bất kỳ mục đích nào, ngay cả trong trường hợp cấp cứu y tế. X _____ Chữ Ký của Cha Mẹ/Người Giám Hộ TÊN CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ VIẾT HOA Ngày _____	

Tên Trường Học: \_\_\_\_\_

### CHẤP THUẬN DỊCH VỤ CỦA SCHOOL-BASED HEALTH CENTER

Tôi chấp thuận cho con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe/nha khoa/sức khỏe tâm thần do nhân viên của chúng tôi tại trường SCH School Based Health Center cung cấp, bao gồm:

- Khám sức khỏe toàn diện (kiểm tra thể chất bắt buộc, thể dục thể thao, giấy tờ làm việc)
- Sơ cứu và đánh giá bệnh cấp tính, kê đơn khi cần thiết
- Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm khi cần thiết để phát hiện bệnh hoặc tình trạng nhiễm trùng
- Sàng lọc thính giác, thị lực, công việc cộng đồng và huyết áp
- Tiêm chủng và tiêm phòng dị ứng (theo yêu cầu của bác sĩ chuyên khoa dị ứng)
- Sàng lọc nha khoa, điều trị florua, dự phòng (làm sạch), trám răng, chụp X-quang, giáo dục và tư vấn
- Chăm sóc các vấn đề về da
- Tư vấn Sức Khỏe Tâm Thần
- Giáo dục về sức khỏe, tư vấn dinh dưỡng và cân nặng
- Tư vấn các vấn đề trường học và cá nhân
- Giới thiệu đến các cơ quan bên ngoài (bác sĩ chuyên khoa, cố vấn, v.v.) để được cung cấp các dịch vụ không được cung cấp tại School Based Health Center

Các dịch vụ bổ sung được cung cấp cho thanh thiếu niên bao gồm:

- Tư vấn phòng ngừa và lạm dụng rượu bia, ma túy, tư vấn gia đình
- Tư vấn về tuổi dậy thì, áp lực từ bạn bè, giao tiếp và ra quyết định có trách nhiệm (theo hướng dẫn)
- Tư vấn các phương án phòng tránh thai, bao gồm kiêng khem và tránh thai, khi cần thiết hoặc theo yêu cầu của cha mẹ hoặc người giám hộ

Tôi cho phép tiết lộ thông tin cần thiết về nha khoa/sức khỏe cho hãng bảo hiểm được chỉ định của tôi để đưa ra yêu cầu bồi thường và chỉ định rằng các khoản thanh toán bảo hiểm sẽ được gửi đến Syracuse Community Health, Inc.

**Nếu Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP)/Nha Sĩ của con tôi không liên hệ với SCH, tôi cho phép tiết lộ thông tin về họ và BCP của con tôi và các tiện ích chăm sóc sức khỏe chuyên khoa trước khi có quy định khác. Thông tin sức khỏe có thể được chia sẻ với tất cả Syracuse City School District và các nhân viên liên hệ khi cần thiết và theo nhu cầu chia sẻ thông tin được chúng tôi là được Luật Tiểu Bang New York cho phép.**

Tôi hiểu rằng tôi sẽ được liên hệ trước khi áp dụng bất kỳ phương pháp điều trị nào cần có sự chấp thuận của cha mẹ hoặc Luật Tiểu Bang New York. Luật Tiểu Bang New York không cần có sự chấp thuận của cha mẹ để điều trị hoặc tư vấn liên quan đến lạm dụng rượu bia/ma túy, tư vấn sức khỏe tâm thần, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, mang thai hoặc tránh thai. Nhân viên của các chương trình School Based Health Center của SCH sẽ coi trọng sự riêng tư của cha mẹ. Do đó, nhân viên sẽ khuyến khích tất cả các sinh viên và gia đình của cha mẹ chấp thuận để các quy định tư vấn và chăm sóc y tế nha khoa.

### CHẤP THUẬN CỦA CHA MẸ TUÂN THỦ HIPAA VỀ VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Bằng cách ký vào Đơn Chấp Thuận này, quý vị cho phép chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ về quý vị/con quý vị để phục vụ các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe ngoại trừ các hạn chế được nêu dưới đây mà chúng tôi đã đồng ý. *Thông tin sức khỏe được bảo vệ* là thông tin nhận dạng cá nhân mà chúng tôi tạo ra hoặc nhận được, bao gồm thông tin nhân khẩu học, thông tin liên quan đến sức khỏe thể chất/nha khoa hoặc sức khỏe tâm thần của quý vị, liên quan đến việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị và thu các khoản thanh toán cho việc cung cấp dịch vụ y tế/nha khoa/tư vấn cho quý vị/con quý vị.

Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi cung cấp thông tin về cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ về quý vị/con quý vị. Quý vị có quyền nhận một bản sao của Thông Báo này trước khi ký Đơn Chấp Thuận. Bằng cách ký vào đơn chấp thuận này, quý vị xác nhận là đã nhận được/được cho biết về Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế cách sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ về quý vị/con quý vị để phục vụ các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe. *Chúng tôi không có nghĩa vụ chấp thuận bất kỳ hạn chế nào, nhưng nếu chúng tôi chấp thuận, chúng tôi sẽ tự chịu ràng buộc với thỏa thuận của mình.* Nếu quý vị muốn áp dụng hạn chế, vui lòng yêu cầu một bản sao Mẫu Yêu Cầu Hạn Chế của chúng tôi.

Nếu quý vị không ký vào Đơn Chấp Thuận này, chúng tôi có quyền từ chối điều trị cho quý vị trừ khi một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép xác định rằng quý vị/con quý vị cần điều trị khẩn cấp hoặc chúng tôi bắt buộc phải điều trị cho quý vị/con quý vị theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi phải ghi lại bất kỳ trường hợp nào mà chúng tôi không nhận được chấp thuận, do đó chưa tiến hành điều trị. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao của tài liệu này nếu quý vị quyết định không ký vào Mẫu Chấp Thuận này.

Quý vị có quyền thu hồi chấp thuận này bằng văn bản, trừ trường hợp chúng tôi đã tiết lộ thông tin dựa trên chấp thuận trước đó của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu sử dụng Mẫu Cho Phép Tiết Lộ Thông tin để yêu cầu thu hồi chấp thuận, hoặc quý vị chỉ cần gửi thư cho chúng tôi.

Tôi hiểu rằng các bức ảnh, băng video, hình ảnh kỹ thuật số hoặc hình ảnh khác có thể được ghi lại để ghi chép việc chăm sóc cho con tôi và tôi đồng ý với điều này. Các hình ảnh nhận dạng tôi sẽ chỉ được tiết lộ và/hoặc sử dụng bên ngoài tổ chức khi có sự cho phép bằng văn bản của tôi hoặc người đại diện hợp pháp của tôi.

### THÔNG TIN CHẤP THUẬN HEALTH E CONNECTIONS

Tôi yêu cầu thông tin sức khỏe liên quan đến việc chăm sóc và điều trị cho tôi được truy cập theo quy định trong biểu mẫu này. Tôi có thể chọn cho phép hoặc không cho phép **Syracuse Community Health** truy cập bệnh án của tôi thông qua tổ chức trao đổi thông tin sức khỏe có tên **HealthConnections**. Nếu tôi chấp thuận, bệnh án của tôi từ các nơi khác nhau mà tôi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể được truy cập bằng một mạng máy tính trên toàn tiểu bang. **HealthConnections** là một tổ chức phi lợi nhuận chia sẻ thông tin về sức khỏe của người dân trên phương tiện điện tử và đáp ứng các tiêu chuẩn về quyền riêng tư và bảo mật của HIPAA và Luật Tiểu Bang New York. **Để tìm hiểu thêm thông tin và xem đầy đủ thông tin chi tiết về mẫu chấp thuận, hãy truy cập <http://healthconnections.org/who-we-serve/patients/> hoặc yêu cầu mẫu từ Y Tá Điều Dưỡng tại trường quý vị.** Thông tin của tôi có thể được truy cập trong trường hợp khẩn cấp, trừ khi tôi hoàn tất mẫu này và đánh dấu vào ô số 3, trong đó nêu rõ tôi từ chối chấp thuận ngay cả trong trường hợp cấp cứu y tế.

**Lựa chọn của tôi sẽ KHÔNG ảnh hưởng đến khả năng tôi nhận được dịch vụ chăm sóc y tế. Lựa chọn của tôi trong biểu mẫu này KHÔNG cho phép các công ty bảo hiểm y tế truy cập thông tin của tôi để quyết định có cung cấp bảo hiểm y tế cho tôi hoặc thanh toán hóa đơn y tế của tôi hay không.**

# BỆNH SỨC BÀN

**TÊN CON QUÝ VỊ** \_\_\_\_\_ **NGÀY SINH (tháng/ngày/năm)** \_\_\_\_\_ **LỚ TRƯỜNG** \_\_\_\_\_

**Kính gửi Quý Phụ Huynh/ Người Giám Hộ Sức khỏe của con quý vị** rất quan trọng đối với chúng tôi. Để hiểu rõ hơn về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của con quý vị nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc liên tục và trong trường hợp cấp cứu, vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây.

Dị ứng:	Không	Có
Con quý vị có dị ứng với loại thuốc nào không? <b>Nếu có, vui lòng ghi rõ:</b>		
Con quý vị có dị ứng với thức ăn nào không? <b>Nếu có, vui lòng ghi rõ:</b>		
Nếu có, con quý vị có bút tiêm epinephrine không?		
<b>Con quý vị có vấn đề về sức khỏe nghiêm trọng hoặc mãn tính nào không?</b>	Không	Có
Hen Suyễn		
Rối Loạn Giảm Chú Ý		
Trần Cảm hoặc Lo Âu (khoanh tròn mặt phẳng án hoặc cả hai mặt phẳng án, nếu trả lời có)		
Tiền Sử/Tiền Sử Của Tim		
Rối Loạn Co Giật		
Bệnh Hông Cầu Hình Liền		
Khác:		
Con quý vị có uống thuốc thường xuyên không? <b>Nếu có, vui lòng ghi rõ tên và liều lượng.</b>		
Con quý vị có bao giờ phải nằm viện hay phẫu thuật không? <b>Nếu có, nêu rõ lý do?</b>		
Con quý vị đã mắc bệnh thủy đậu chưa? <b>Nếu Có, nêu rõ độ tuổi _____ tuổi.</b>		

Có thành viên nào trong gia đình còn sống hoặc đã qua đời gặp phải bất kỳ vấn đề nào sau đây không? <b>Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp</b>	Mẹ	Cha	Anh chị em ruột	Ông, bà
Hen Suyễn				
Bệnh Đái Tháo Đường				
Đau tim hoặc độ huyết áp 45 tuổi				
Cholesterol cao				
Hút thuốc lá/xi gà				
Khác:				

Con quý vị chủ yếu sống với ai? Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp:				
Cácha và mẹ	Mẹ	Cha	Mẹ kế	Cha kế
Ông bà/ Hộ hàng khác là người ở:	Chị em gái và anh em trai: Tuổi _____	Trẻ khác: Tuổi _____	Cha mẹ nuôi	Người giám hộ khác
Gia đình quý vị có gặp phải biến động gì vào năm ngoái không? Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp:				
Kết hôn	Chia tách	Ly hôn	Mất việc làm	Chuyển sang khu vực sinh sống mới
Trường học mới	Sinh con	Bệnh nghiêm trọng	Tử vong	Khác

**Vui lòng sử dụng phần để trống dưới đây để cho chúng tôi biết về những lo ngại của quý vị về con của mình.**

Sở Y Tế Tiểu Bang New York (NYS Department of Health) yêu cầu chúng tôi đưa ra các câu hỏi sau đây về nguy cơ mắc bệnh lao và nguy cơ nhiễm độc chì.	Không	Có
Con quý vị có mắc bệnh lao hoặc được xét nghiệm da dương tính với bệnh lao không? <b>Nếu Có, nêu rõ độ tuổi _____ tuổi.</b>		
Con quý vị có tiếp xúc với người mắc bệnh lao Không (TB)? <b>Nếu Có, Khi nào? _____ Tiếp xúc với ai? _____</b>		
Con quý vị có tiếp xúc gần hoặc sống với người có xét nghiệm da dương tính với bệnh lao (TB) không? <b>Nếu Có, Khi nào? _____ Tiếp xúc với ai? _____</b>		
Con quý vị có sống tại Hoa Kỳ dưới 5 năm không? <b>Nếu Có: Ở đâu? _____</b>		
Con quý vị có di chuyển ra ngoài Hoa Kỳ trong hơn một tháng không? <b>Nếu Có, nêu rõ độ tuổi _____ đi đâu? _____</b>		
Con quý vị có đi tới hoặc sử dụng sản phẩm (giấy trắng men, các biện pháp dân gian, mỹ phẩm, thực phẩm hoặc gia vị) được nhập khẩu từ Haiti, Mexico, Pakistan, Cộng hòa Dominica hay Bangladesh không?		

**Chúng tôi sẽ luôn thông báo cho quý vị nếu con quý vị ốm nặng và cần rời khỏi trường hoặc cần chăm sóc khẩn cấp. Vui lòng luôn thông báo cho chúng tôi nếu thông tin liên hệ của quý vị thay đổi. Chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức để liên hệ với quý vị bằng cách gọi điện hoặc gửi thư cho quý vị qua con quý vị**

Ngày Hôm Nay (tháng/ngày/năm) \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_

Chữ ký \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với trẻ \_\_\_\_\_

(Đánh dấu nếu trẻ được chăm sóc nuôi dưỡng )

Sửa đổi tháng 2/2024