IDARA YA AFYA YA KAUNTI YA LEXINGTON-FAYETTE (LFCHD) HUDUMA ZA AFYA SHULENI

650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508
(859) 288-2314 SIMU
(859) 288-2313 FAKSI

Fomu ya Taarifa za Afya ya Mwanafunzi

Tafadhali jaza fomu moja kwa kila mwanafunzi

Jina la Mwisho: ____________________________ **Jina la Kwanza:** ________________________ **MI:** ______

Usalama wa Jamii wa Mwanafunzi # _____________________________ **Tarehe ya kuzaliwa:** ___________________

Mbari (alamisha moja au zaidi): ____Mkakasi/Mzungu ____Mwamerika Mwafrika/Mweusi ____Mwenye asili ya Marekani/Mhindi wa Marekani au Mwenyeji wa Alaska ____Mwasia ____Mwenyeji wa Hawaii au Mzaliwa mwingine wa Visiwa vya Pasifiki

Kabila: Mhispania au Mlatino ____Ndiyo ____Hapana **Jinsia:** ___Kiume ___Kike

Anwani ya Mtaa________________________ Jiji___________________________________ Jimbo______ Zip ___________

Mzazi/Mlezi wa Kisheria _______________ Nambari ya Msingi ________________ Nambari mbadala ________________
Mzazi/Mlezi wa Kisheria _______________ Nambari ya Msingi ________________ Nambari mbadala ________________

Mtu wa Kuwasiliana naye katika Dharura KANDO na Mzazi/Mlezi wa Kisheria ____________________________________
Uhusiano na Mwanafunzi _______________ Msingi #_________________________________ Mbadala # _______________

Taarifa ya Medicaid ya Mwanafunzi

Je, mwanafunzi wako ana kadi ya KY Medicaid au K-CHIP? ____Ndiyo ____Hapana Mwanachama/MCO # ________________

Je, mwanafunzi wako ana mojawapo ya hali zifuatazo zinazohatarisha maisha ambazo zinaweza kuhitaji matibabu ya DHARURA au dawa kutolewa shuleni? Tafadhali weka alama kwenye ki(vi)sanduku kinachofaa (vinavyofaa) hapa chini.

☐ **KISUKARI** (Glukagoni)	☐ **PUMU** (Kivuta pumzi cha Uokoaji)	☐ **MSHTUKO** (Dawa ya Uokoaji)	☐ **MZIO WA KUTISHIA MAISHA** (Epi-Pen)	☐ **NYINGINE:** __________________

Historia ya Matibabu ya Mwanafunzi

Historia Muhimu ya Matibabu □Ndiyo □Hapana ____
Historia nyingine muhimu ya Matibabu____
Mzio wa Dawa □Ndiyo □Hapana _______________________________Mzio Mwingine □Ndiyo □Hapana ________________
Mzio wa Chakula □Ndiyo □Hapana _____________________________Vizuizi vya Chakula □Ndiyo □Hapana _____________
Dawa Zinazotumiwa Kila Siku Nyumbani □Ndiyo □Hapana ____
*Dawa zitakazotolewa Shuleni □Ndiyo □Hapana ____

**Lazima ujaze fomu ya ziada ya idhini kabla ya dawa yoyote (ya dukani au ya maagizo) kuletwa shuleni ili kutumiwa. Fomu zinapatikana shuleni.*

Mtoa Huduma ya Afya ya Msingi kwa Mwanafunzi _______________________________ Simu # _________________________

Nime/Tumekamilisha historia ya matibabu iliyo hapo juu kwa kadri ya ufahamu wangu/wetu na tunaelewa kuwa ni wajibu wangu/wetu kusasisha maelezo yaliyo hapo juu kwa mabadiliko yoyote, nyongeza au sifa.

X ____ ____/____/____
(Sahihi ya Mzazi/Mlezi wa Kisheria/Mwanafunzi Aliyeachiliwa) *(Tarehe iliyotiwa saini)*

NYUMA

Jina ____ Tarehe ya Kuzaliwa _____________________

IDARA YA AFYA YA KAUNTI YA LEXINGTON-FAYETTE (LFCHD)
HUDUMA ZA AFYA SHULENI
RIDHAA YA HUDUMA ZA AFYA YA WANAFUNZI

1. Wanafunzi wote watapata huduma ya kwanza ya msingi na huduma ya dharura. Kwa kutia saini fomu hii, ninaidhinisha huduma za afya za shule, ikijumuisha, lakini si tu, upakaji wa mafuta ya kuzuia kuwasha, kisafishaji chenye dawa na/au kuosha macho, kupewa mwanafunzi wangu na wauguzi au mawakala wa LFCHD akiwa shuleni. Ikiwa mwanafunzi wangu anahitaji usaidizi wa dharura wa matibabu ambao hauwezi kutolewa mahali hapo na muuguzi wa shule na mimi siwezi kufikiwa, ninakubali LFCHD kupanga utoaji wa huduma ya matibabu ya dharura kwa mwanafunzi wangu, ikiwa ni pamoja na, lakini sio tu, usafirishaji wa mwanafunzi wangu hadi kwenye kituo cha huduma ya afya kilicho karibu na/au kupata huduma muhimu ya matibabu kwa mwanafunzi wangu katika kituo hicho.
2. Ikiwa mwanafunzi wangu atashiriki katika Kentucky Medicaid au K-CHIP, ninaidhinisha LFCHD kutoa maelezo ya matibabu ya mwanafunzi wangu kwa Medicaid/K-CHIP ili kuruhusu malipo ya huduma zinazotolewa na muuguzi wa shule, bila gharama yoyote kwangu.
3. Ninaelewa kwamba, kwa kutia sahihi kibali hiki, ninakubali kwamba nilipokea au nina ufikiaji wa nakala ya Notisi ya Shughuli za Faragha za LFCHD zilizoko kwenye www.lfchd.org au ninaweza kuomba nakala kwa kupiga simu katika Kitengo cha Huduma za Afya Shuleni kupitia 859-288-2314.
4. Ninaelewa kuwa LFCHD haitoi huduma yoyote ya afya au huduma ya afya ya akili inayohusiana na ujinsia wa binadamu, uzuiaji mimba au upangaji uzazi kama ilivyofafanuliwa na kushughulikiwa katika KRS 158.191. Iwapo LFCHD itabadilisha huduma zake ili kutoa huduma kama hiyo, hakuna huduma kama hiyo itakayotolewa kwa mtoto wangu bila taarifa ya mapema kwangu kuhusu huduma hiyo na kibali cha maandishi cha utoaji wa huduma hiyo, isipokuwa kwa mujibu wa sheria za shirikisho, jimbo, au za ndani.
5. Ninaelewa zaidi kwamba LFCHD hutoa tu huduma ya kwanza ya msingi na huduma ya dharura kwa wanafunzi, kama ilivyobainishwa katika Idhini hii kwa Huduma za Afya za Wanafunzi. Hakuna rufaa kwa aina hizi za huduma za afya itafanyika, isipokuwa kama ni lazima kiafya au kwa dharura.

***X*____ ____/____/____**
(Sahihi ya Mzazi/Mlezi wa Kisheria/Mwanafunzi Aliyeachiliwa) *(Tarehe iliyotiwa saini)*

RIDHAA YA KUPOKEA NA UFICHUZI WA TAARIFA ZA MATIBABU YA MWANAFUNZI

1. Kwa hivyo ninaidhinisha LFCHD kutoa taarifa za matibabu kuhusu mwanafunzi wangu kwa Mhudumu wake wa Afya ya Msingi au Mhudumu mwingine wa Afya inapohitajika kwa madhumuni ya matibabu.
2. Sheria ya Kentucky inahitaji chanjo fulani kwa kuhudhuria shule za umma za Kentucky. Kwa kadiri ninavyotoa, moja kwa moja au kwa njia isiyo ya moja kwa moja kupitia mtoa huduma wa afya mwingine, maelezo yanayohitajika ya chanjo, ninaidhinisha LFCHD kuingiza maelezo hayo ya chanjo kwenye Sajili ya Chanjo ya Kentucky ("KYIR") kwa niaba ya na kama sehemu ya huduma zake. Shule za Umma za Kaunti ya Fayette ("FCPS"). Zaidi ya hayo, ninaidhinisha LFCHD kushiriki rekodi au taarifa zizo hizo na Baraza la Mawaziri la Kentucky la Huduma za Afya na Familia na vitengo vyake, sehemu ndogo na/au wafanyakazi wake kwa madhumuni ya kukusanya data ya takwimu, ili kusaidia kudhibiti, kukomesha na/au kuathiri vinginevyo kuenea kwa magonjwa ya kuambukiza, na/au kama inavyotakiwa na sheria.
3. Ninaelewa kuwa hakuna chochote katika Idhini hii na Ufichuzi wa Taarifa za Matibabu ya Mwanafunzi kinachokusudiwa kuzuia, kupunguza, kuongeza au kuwa na athari nyingine yoyote kwa haki yoyote niliyo nayo kama mzazi au mlezi wa kisheria kuhusu ufikiaji wa maelezo ya matibabu ya mtoto wangu.
4. Fomu hii ya idhini itaendelea kutumika kwa mwanafunzi wako hadi kuhitimu, kuondoka na/au kusitishwa kwingine kwa uandikishaji kutoka shule ya FCPS, isipokuwa ukibatilisha idhini hii kwa maandishi wakati wowote, isipokuwa ubatilishaji wowote kama huo hautaathiri taarifa ambayo tayari imetolewa kwa kutegemea idhini hii.
5. Taarifa yoyote iliyotolewa kwa kujibu idhini hii inaweza kufichuliwa tena kwa wahusika wengine.
6. Hakuna matibabu au malipo yanayowekwa kwa kusainiwa kwa idhini hii.
7. Una haki ya kupokea nakala ya fomu hii ya idhini.
8. Faksi yoyote, nakala ya ridhaa hii itaidhinisha kutolewa kwa maelezo ya matibabu ya mwanafunzi kama ilivyowekewa mipaka na ilivyoelezwa humu.

***X*____ ____/____/____**
(Sahihi ya Mzazi/Mlezi wa Kisheria/Mwanafunzi Aliyeachiliwa) *(Tarehe iliyotiwa saini)*