



**社區牙科服務
牙科服務家長同意書**

****本同意書必須在第 2 頁簽名，以授權牙科服務****

學生信息	家長/監護人資料
<p>學生姓氏: _____</p> <p>學生名字: _____</p> <p>出生日期: _____ / _____ / _____ 月 日 年</p> <p>性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年級 _____</p> <p>種族: <input type="checkbox"/> 西語裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人 <input type="checkbox"/> 亞裔/太平洋島裔 <input type="checkbox"/> 其他 _____</p> <p>學生住址: _____</p> <p>_____ 市 州 郵政編碼</p> <p>該學生常看的牙醫是誰?</p> <p>姓名: _____</p> <p>電話: _____</p> <p>地址: _____</p> <p>_____</p> <p>該學生就讀哪一所學校? _____</p>	<p>母親</p> <p>姓氏: _____ 名字: _____</p> <p>父親</p> <p>姓氏: _____ 名字: _____</p> <p>法定監護人 (如適用)</p> <p>姓氏: _____ 名字: _____</p> <p>法定監護人與學生的關係 <input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 阿姨舅舅 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p>家長或監護人聯絡資訊</p> <p>住宅電話: _____ 辦公電話: _____</p> <p>傳呼/手機: _____</p> <p>其他緊急聯絡人</p> <p>姓名: _____</p> <p>與學生的關係: _____</p> <p>住宅電話: _____ 辦公電話: _____</p> <p>傳呼/手機: _____</p>

醫療保險資料	
<p>您的子女有沒有醫療補助 (Medicaid) ?</p> <p><input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有:</p> <p>醫療補助號碼 (Medicaid ID #) _____</p> <p>您的孩子是否有醫療補助管理計劃 (Medicaid Managed Care Plan) ?</p> <p>如果有, 是哪個計劃? _____</p> <p>補助管理計劃號碼 (Managed Care Plan#) _____</p> <p>您的子女有其他商業保險嗎?</p> <p>如果有, 是哪個計劃? _____</p> <p>商業保險號碼 _____</p>	<p>您的子女是否有其他牙科保險?</p> <p><input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有: 姓名: _____</p> <p>保險號碼 (Coverage Number) : _____</p> <p>保險/身份號碼 (Policy/ID) : _____</p> <p>無論您的孩子是否有健康保險, 都將免費為其提供服務。</p>

家長同意在校提供牙科服務的同意書

我, 上述未成年子女的父母或法定監護人, 特此授權並同意我子女接受哥倫比亞大學牙科醫學院/哥倫比亞大學醫療保健公司的 (CUHC) 擁有州許可的醫療專業人員提供的在校牙科服務, 作為紐約州衛生部批准的學校牙科計劃的一部分。他們將進行牙科檢查、拍攝 X 光片、診斷、提供治療和預防服務, 包括但不限於: 牙科清潔、密封劑、氟化物治療和根據其他服務的需要而進行推薦。我明白我的子女將在我缺席的情況下接受治療。校內牙科服務可能包括但不限於: 全面的牙科檢查、牙科衛生治療、X 光檢查、密封劑和氟化物治療。這還可以包括在後牙上應用銀二胺氟化物以阻止髓腔的發展。(使用銀二胺氟化物可能會使髓腔變為棕色或黑色)。對於除綜合牙科檢查、預防性口腔健康服務和填充物以外的服務, 哥倫比亞將通知我提供的服務和治療, 包括但不限於拔牙和使用麻醉劑或其他藥物。如果我不同意, 則不得執行這些服務。我理解, 本同意書對於全面牙科檢查、預防性口腔保健服務和填充物持續有效, 直至我以書面形式要求撤銷為止。我的簽名也證實我已在附頁上填寫了病史, 而且這些資訊是真實無誤的。 如果我子女的健康狀況或藥物發生變化, 我會儘快通知牙醫。

2018 年 1 月修改/2018 年 6 月 21 日 CDM-CCC 批准

請務必仔細核對本同意書的正反兩面
本表格必須在第 2 頁簽名才能授權牙科服務



社區牙科服務 牙科服務家長同意書

****此同意書必須在下面簽名，以授權牙科服務****

利益分配和財務責任

我，上述學生的父母或法定監護人，特此轉讓並轉交給哥倫比亞大學牙科醫學院/哥倫比亞大學醫療保健公司我可能有權向政府機構、保險公司或其他對我的牙科/醫療保健承擔經濟責任的人獲得的足夠資金以及/或者福利，以支付我的受撫養人的護理和治療費用。我知道，我不對保險計劃未涵蓋的費用負責。

紐約市教育局

關於家長同意健康資訊發佈的概要說明

家長對符合《健康保險攜帶與責任法案》(HIPAA)的健康資訊發佈同意書

我了解，根據法律規定，學生與保健服務人員之間的保密要求將得到確保，並且學生將得到鼓勵讓家長或監護人參與諮詢和醫療照顧的決策。我在本表的簽名表明我准許有關醫療資訊的發佈。這些資訊可能受到聯邦隱私法和州法律的保護而不得公佈。

我在本同意書上簽名，表明我准許將此醫療資訊發佈給紐約市教委會 (Board of Education of the City of New York)，又名紐約市教育局 (New York City Department of Education)，這是因為「教育總監條例」規定如此，或者是因為保護學生的健康和需要而需要這麼做。在我提出請求時，則披露本醫療資訊的機構或個人必須提供給我一份本表格的備份。法律規定家長必須向學校提供某種資訊 (如免疫注射證明)。不提供這一資訊，就可能導致該學生被學校拒之門外。

我對本表的疑問已經得到解答。我了解，我不必一定要准許發佈我的子女的醫療資訊，而且我可以在任何時候改變我的想法並以書面方式向學校健康中心說明我的准許作廢。但是，一旦某項資訊已被發佈，在撤回准許之前已被發佈的資訊並不能回溯撤回。

我授權哥倫比亞大學牙科醫學院/哥倫比亞大學醫療保健公司 (CUHC) 向紐約市教育委員會 (即紐約市教育局)、政府機構、保險公司或其他對牙科護理負有經濟責任的人發布並複印所需的所有資訊，以證實背面頁面上指明的學生的護理費用。

病人同意訪問和披露電子版處方藥物歷史數據庫的同意書

我授權哥倫比亞大學牙科醫學院/哥倫比亞大學醫療保健中心訪問所有電子版處方藥物歷史數據庫，並披露我的處方藥歷史，並將其發送到供哥倫比亞大學牙科醫學院/哥倫比亞大學醫療保健中心使用的電子處方藥物歷史數據庫 (包括但不限於與艾滋病毒/艾滋病相關的資訊、酗酒或吸毒問題/治療、計劃生育、遺傳病、心理健康狀況和性傳播疾病等資訊)。我理解這段歷史可能並不全面，僅限於以電子版方式向我開出的藥物。我有責任向我的牙醫/護理提供者提供我目前服用的完整藥物清單。我理解，本表格的目的是為哥倫比亞大學牙科醫學院/哥倫比亞大學醫療保健提供能夠訪問和與其他被授權的電子處方的提供者、藥房和/或第三方藥房福利計劃服務/付款人交換藥物歷史資訊。

通過簽署此表格，我授權以上單位訪問、使用或披露上述受保護的健康資訊。我可以在我要求的資訊被披露之前隨時撤銷本表格中的授權，或者依據「隱私管理方法通知」(Notice of Privacy Practices)的規定以書面通知的方式撤銷本表格中的授權。如果接收方不受醫療信息隱私法的約束，則該資訊可能會被接收方重新披露，並且可能不再受聯邦或州法律的保護。哥倫比亞大學牙科醫學院/哥倫比亞大學醫療保健公司不對因重新披露而導致的任何後果承擔責任。我將獲得此表格的備份。我可以要求提供我的健康信息的複印件。

除非我書面撤銷或終止與哥倫比亞大學牙科醫學院/哥倫比亞大學醫療保健公司的治療關係，否則本同意和授權不會過期。

通過電子簽署本表格，我在此聲明我已閱讀並理解本表格的內容，而且我有機會提出問題並且我的所有問題都以令人滿意的方式得到了回答。

家長同意披露符合《健康保險攜帶與責任法案》(HIPAA)的健康資訊並同意獲取和披露電子版的處方藥物歷史數據庫

我在此聲明，我已閱讀並理解本同意書，並且我有機會提出我可能有的問題，並且我的所有問題都得到了令人滿意的答覆。

X

家長/監護人 (或者年齡在 18 歲以上的學生或者其他被法律所允許的人) 簽名

日期 _____

第 2 頁/共 2 頁

請務必仔細核對本同意書的正反兩面
本表格必須在第 2 頁簽名才能授權牙科服務