



**뉴욕시 교육청 구강 건강 클리닉 프로그램-학교 학부모 동의서**

구강 건강관리 제공처(Oral Health Care Provider: OHCP) 이름: First MedCare Primary Care Center

OHCP 주소: 8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

**학교 기반 구강 보건 클리닉 서비스에 관한 동의**

저는 제 아이가 학교 구강 보건 프로그램의 일부로 뉴욕주 보건부에서 승인한 뉴욕주 라이선스 취득 보건 전문 OHCP에게서 제 아이가 학교에 등록되어 있는 한 구강 치료 서비스를 받는 것에 동의합니다. 저는 OHCP 에 서면으로 알려 언제든지 저의 동의를 철회할 수 있을 것입니다. 저는 학생과 구강 보건 클리닉 제공처 사이의 법률에 따른 특정 부분에 관한 비밀이 보장되며 학생들이 구강 치료에 관한 결정을 상담함에 있어 본인의 부모 또는 보호자를 참여시키도록 권장할 것이라는 사실을 알고 있습니다. 학교 기반 구강 건강 클리닉 서비스들은 구강 건강 예방 서비스, 재건 서비스 및 응급 처치를 포함하되 이에 국한되지 않을 것입니다. 구강 건강 예방 서비스들은 종합 치과 검진, 치 위생 관리, 엑스레이, 밀봉 및 불소처리 등을 포함하되 이에 국한되지 않을 것입니다. 여기에는 또한 충치가 퍼지는 것을 막기 위한 치아 뒷면의 실버 디아민 불화(Silver Diamine Fluoride)의 처리를 포함할 수 있습니다(실버 디아민 불화는 충치의 변색을 가져와 고동색이나 검은색으로 변할 수 있습니다). 종합 치과 검진과 구강 건강 예방 서비스 외의 서비스들에 대해서, OHCP 는 학부모/보호자에게 붕, 발치 및 마취 또는 기타 약품의 사용을 포함한 이런 서비스들에 대해 알릴 것입니다. 학부모/보호자가 동의하지 않는다면, 이들 서비스가 제공되지 않을 것입니다.

**HIPAA 규정에 의거한 구강 보건 정보 공개에 관한 학부모 동의서**

이 양식 뒷면의 제 서명은 보건 정보에 관한 공개를 승인합니다. 이 정보는 연방 사생활 보호법 및 뉴욕주 법에 따라 보호받을 것입니다.

이 양식에 서명함으로써, 저는 이것이 법률 또는 교육감 규정에 따라 또는 이것이 학생의 건강과 안녕을 보호하는데 필수적 또는 제 아이의 보험사에 비용을 청구하는 절차에 필요함으로, 학교 간호사를 포함한 뉴욕시 교육위원회(일명 뉴욕시 교육청)에 구강보건 정보가 제공되는 것을 승인합니다. 제 요구에 따라, 이 보건 정보를 제공하는 기관이나 개인은 반드시 이 양식의 사본을 제공하여야 합니다.

학부모들은 법적으로 예방접종 기록과 같은 특정 정보를 학교에 제공하여야 합니다. 이런 정보를 제공하지 않는 것은 학생이 학교로부터 퇴학 처분을 받는 결과를 초래할 수 있습니다.

이 양식에 관한 제 질문에 대해 답을 얻었습니다. 저는 제 아이의 보건 정보의 공개를 허락하지 않아도 된다는 것을 이해하고 있으며 저는 어느 시점에서 제 마음을 바꿀 수 있으며 OHCP 에 서면으로 승인을 취소 할 수 있다는 것을 잘 알고 있습니다. 그러나 공개된 후, 취소하기 전에 공개된 정보에 관한 취소가 소급 적용될 수 없다는 것을 알고 있습니다.

저는 OHCP 에서 뒷면에 성명이 기재된 학생의 특정 구강 보건 정보를 뉴욕시 교육위원회(일명 뉴욕시 교육청)에 제공하는 것을 승인합니다.

저는 OHCP 에서 뉴욕시 교육청으로 그리고 뉴욕시 교육청에서 OHCP 로 정해진 규정을 준수하고 제 아이의 건강과 안녕을 보호하는데 학교에서 필요한 정보를 갖출 수 있도록 하기 위해 다음에 요약된 보건 정보를 공개하는 것에 동의합니다. 저는 이런 정보가 연방 및 뉴욕주 그리고 교육감 규정의 비밀보호 규정에 부합하여 비밀이 유지될 것이라는 것을 잘 알고 있습니다.

- 응급 치료를 요하는 상태
- 학생의 일상 생활을 제한하는 상태(양식 103S)
- 일부 전염성이 있다는 진 (HIV 감염/STI 및 기타 법률로 비밀이 보호되는 치료는 포함되지 않음).
- 의료 보험 커버리지

본 양식 1 페이지의 제 서명은 또한 OHCP 에게 제 아이를 진단한 기타 제공처에 연락하고 보험 정보를 수집하는 것을 허가합니다.

정보의 공개는 이 양식에 서명한 날부터 해당 학생이 더이상 학교 기반 구강 보건 클리닉 프로그램에 등록하지 않았거나 동의를 철회한 날 중 더 빠른 날까지 효력을 갖습니다.

환자의 권리 및 사생활 보호법에 관한 내용이 법의 적용하는 바에 따라 OHCP 로부터 제공될 것입니다.