

مدرسه ما در حال همکاری با Hazel Health است تا امکان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت را برای کلیه دانش آموزان فراهم کند. نماینده بهداشت مدرسه می تواند حین حضور فرزندان در مدرسه، یک ملاقات ویدیویی با یکی از ارائه دهنده های Hazel Health برقرار کند. برای تضمین دسترسی فرزندان به این سرویس، لطفاً هر دو صفحه این فرم را تکمیل کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد Hazel یا تکمیل این فرم به صورت اینترنتی، به این نشانی رجوع کنید:  
[my.hazel.co/houstonisd](https://my.hazel.co/houstonisd)



**توجه: این فرم را پر نکنید -** از این فرم فقط به عنوان راهنما برای کمک به تکمیل نسخه انگلیسی این فرم و ارسال آن استفاده نمایید. لطفاً فرم را با رجوع به صفحه <https://my.hazel.co/houstonisd/consent> به زبان انگلیسی تکمیل کنید.

سال	روز	ماه	تاریخ تولد فرزند	نام خانوادگی فرزند	نام فرزند
/	/		( )		
ایمیل	تلفن همراه	نسبت با دانش آموز	نام ولی / قیم قانونی شماره 1	نسبت با دانش آموز	نام ولی / قیم قانونی شماره 1
( )					
ایمیل	تلفن همراه	نسبت با دانش آموز	نام ولی / قیم قانونی شماره 2	نسبت با دانش آموز	نام ولی / قیم قانونی شماره 2

## اطلاعات الزامی در مورد بیمه

سازمان Hazel Health با مدرسه تان قرارداد بسته است تا هزینه خدماتتان را پوشش دهد و هزینه ای برای خانواده تان در پی نداشته باشد.

**اگر ویزیت Hazel برای من هزینه ای ندارد، چرا به اطلاعات بیمه نیاز است؟** سازمان Hazel health صورت حساب خدمات را برای بیمه صادر می کند تا اطمینان حاصل شود که هزینه ویزیت از سوی طرح سلامتتان پوشش داده می شود، و هیچ هزینه ای نباشد که لازم شود خانواده تان از جیب بپردازد. همچنین، داشتن اطلاعات بیمه به Hazel کمک می کند هماهنگی بهتری برای خدمات مراقبتی فرزندان، از جمله ارجاعات و نسخه ها، انجام دهد. پس از انجام ویزیت، می توانید برگه «توضیح مزایا» (EOB) را از طریق پست دریافت کنید. اگر EOB را دریافت کردید، این سند را صورت حساب در نظر بگیرید - لازم نیست هیچ اقدامی انجام دهید. اطلاعات بیمه تان همیشه محرمانه می ماند و به صورت امن نگه داشته می شود.

**اگر فرزندم بیمه نداشته باشد، تکلیف چیست؟** تک تک دانش آموزان، فارغ از وضعیت بیمه شان، می توانند از Hazel Health استفاده کنند. سازمان Hazel وقتی ویزیتی تعیین یا انجام می شود، اقدام به بررسی و تأیید وضعیت بیمه دانش آموز خواهد کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیمه، لطفاً به بخش پرسش های متداول ما به نشانی [www.hazel.co/help/faq](http://www.hazel.co/help/faq) رجوع کنید.

لطفاً اطلاعات بیمه فرزندان را ارائه دهید:

شماره گروه (در صورت وجود)	شماره شناسایی عضو	نام ارائه دهنده بیمه / طرح
نسبت با دانش آموز	تاریخ تولد دارنده بیمه نامه	نام خانوادگی دارنده بیمه نامه
نام دارنده بیمه نامه		

با علامت زدن این کادر، گواهی می کنم که فرزندم در حال حاضر از پوشش بیمه درمانی برخوردار نیست.

من مجوز و خط مشی رازداری خدمات Hazel Health را خوانده ام و: (لطفاً یکی از کادرهای زیر را علامت بزنید)

اینجانب اجازه می دهم فرزندم خدمات مراقبت های بهداشتی را از ارائه دهندگان Hazel Health دریافت کند.

اینجانب اجازه نمی دهم فرزندم خدمات مراقبت های بهداشتی را از ارائه دهندگان Hazel Health دریافت کند.

امضای ولی / قیم قانونی / نماینده قانونی (الزامی)

تاریخ

لطفاً برای وارد کردن آلرژی های شناخته شده و سایر اطلاعات سلامت، به صفحه 2 بروید

این رضایت نامه تا زمانی که توسط ولی / قیم قانونی / نماینده قانونی لغو نشده باشد، اعتبار خواهد داشت.

نام فرزند \_\_\_\_\_ نام خانوادگی فرزند \_\_\_\_\_ تاریخ تولد فرزند \_\_\_\_\_

**آیا کودک شما آلرژی دارد؟**

- لطفاً فهرست وار عنوان کنید: آلرژی های دارویی  خیر  بله
- لطفاً فهرست وار عنوان کنید: آلرژی های غذایی  خیر  بله
- لطفاً فهرست وار عنوان کنید: آلرژی های فصلی/زیست محیطی  خیر  بله

**آیا فرزند شما در حال حاضر دارویی مصرف می کند؟**

- لطفاً فهرست وار عنوان کنید:  خیر  بله

**اگر ارائه دهنده خدمات پزشکی مجاز Hazel توصیه ای مبنی بر مصرف داروهای زیر (به تناسب سن/وزن) برای فرزندتان در مدرسه مطرح کند، آیا امکان این کار وجود دارد؟**

- |                              |                              |   |                              |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | استامینوفن (درد، تب) Tylenol™   | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | شربت سرفه (سرفه)   |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | ایبوپروفن (درد، تب) Advil™ / Motrin™  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | فنیل افرین (گرفتگی) Sudafed™   |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | کودکان / کلسیم کربنات (ناراحتی معده) Pepto™                                     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | کرم هیدروکورتیزون (التهاب، خارش)   |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | مایع / بیسموت ساب سالیسیلات (تهوع، سوءهاضمه، ناراحتی معده) Pepto-Bismol™        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | دیفن هیدرامین (واکنش آلرژیک) Benadryl™                                   |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | مایع ضد اسید / آلومینیوم هیدروکسید / منیزیم هیدروکسید، سایمتیکون (ناراحتی معده) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | ستیریزین (آلرژی ها، واکنش آلرژیک) Zyrtec™                                |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | آبنبات گلودرد / بنزوکائین / منتول (سرفه، گلودرد)                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | کتوتیفن (قطره چشمی آلرژیک) Zaditor™                                      |
|                              |                              |   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | پماد آنتی بیوتیک / باسیتراسین / نئوماپسین / پلی میکسین B (بریدگی، عفونت) |

**آیا فرزندتان تا به حال دچار هیچ یک از مشکلات سلامت زیر بوده یا نگرانی های بهداشتی زیر را داشته است؟**

- |                              |                              |                              |                              |                              |                                |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | رفلاکس اسید (سوزش سر دل)     | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | اختلال ژنتیکی                  |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | اختلال کمبود توجه (ADD/ADHD) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | فشار خون بالا                  |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | اضطراب                       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | بیماری کلیوی                   |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | آسم                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | سردردهای میگرنی                |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | نقص مادرزادی قلبی            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | اختلال تشنج                    |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | یبوست                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | بیماری سلول داسی شکل           |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | افسردگی                      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | جراحی: برداشتن آپاندیس         |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | تاخیر رشد                    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | جراحی: لوله گوش                |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | دیابت                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | جراحی: برداشتن لوزه ها         |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | اگزما                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | سایر (لطفاً توضیح دهید): _____ |

**آیا فرزند شما پزشک مراقبت های اولیه دارد؟**

هازل از این اطلاعات برای هماهنگی با پزشک فرزند شما و اطلاع دادن آنها از هرگونه ویزیت هیزل استفاده می کند. ارائه شماره فکس به هازل این امکان را می دهد که خلاصه ویزیت را برای پزشک فرزند شما ارسال کند.

بله  خیر

دکتر کودک \_\_\_\_\_ تلفن \_\_\_\_\_ فکس \_\_\_\_\_