

ہمارا اسکول تمام طلباء کے لئے نگہداشت صحت کی معیاری سروسز تک رسائی فراہم کرنے کے لئے Hazel Health کے ساتھ شراکت داری کر رہا ہے۔ جب آپ کا بچہ اسکول میں موجود ہو تو اسکول کا صحت کا نمائندہ Hazel Health فراہم کنندہ کے ساتھ ایک ویڈیو دورہ شروع کرسکتا ہے۔ یہ یقینی بنانے کے لئے کہ آپ کے بچے کو اس سروسز تک رسائی حاصل ہے، اس فارم کے دونوں صفحات مکمل کریں۔

کے بارے میں مزید جاننے یا اس فارم کو Hazel
آن لائن مکمل کرنے کے لئے، ملاحظہ کریں
my.hazel.co/houstonisd



توجہ فرمائیں: اس فارم کو پُر نہ کریں۔ اس فارم کو انگریزی ورژن پر کرنے اور جمع کرانے میں آپ کی مدد کے لئے محض ایک رہنما/گائیڈ کے طور پر استعمال کریں۔
براہ کرم <https://my.hazel.co/houstonisd/consent> صفحے کے ذریعے انگریزی میں فارم پُر کریں۔

سال	دن	مہینہ	بچے کی تاریخ پیدائش	بچے کا خاندانی نام	بچے کا پہلا نام
			()		
ای میل	موبائل فون	طالب علم کے ساتھ رشتہ	والدین / قانونی سرپرست # 1 نام		
	()				
ای میل	موبائل فون	طالب علم کے ساتھ تعلق / رشتہ	والدین / قانونی سرپرست # 2 کا نام		

انشورنس کی مطلوبہ معلومات

نہ آپ کی سروسز کی لاگت کو پورا کرنے کے لئے آپ کے اسکول کے ساتھ شراکت داری کی ہے تاکہ آپ کے خاندان کے لئے کوئی اخراجات نہ ہوں۔ Hazel Health

اگر میرے لئے Hazel کے وزٹ کے کوئی اخراجات نہیں ہے تو انشورنس کی معلومات کیوں درکار ہے؟ سروسز کے لئے Hazel Health انشورنس سے بل وصول کرتا ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جاسکے کہ وزٹس کی لاگت کا احاطہ آپ کے بیلٹھ پلان کے تحت کیا جاتا ہے اور خاندان کی جیب پر کوئی اخراجات واقع نہیں ہوتے۔ انشورنس کی معلومات رکھنے سے، Hazel کو آپ کے بچے کی دیکھ بھال کو بہتر طور پر مربوط کرنے میں بھی مدد ملتی ہے، جیسا کہ ریفرلز اور نسخہ جات۔ ایک بار جب دورہ مکمل کر لیا جاتا ہے، آپ کو ایک میل میں فوائد (EOB) کی وضاحت مل سکتی ہے۔ اگر آپ کو ایک EOB موصول ہوتا ہے، یہ ایک بل نہیں ہے۔ اور کوئی کارروائی کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ آپ کی انشورنس کی معلومات کو ہمیشہ صیغہ راز میں رکھا جاتا ہے اور محفوظ طریقے سے ذخیرہ کیا جاتا ہے۔

اگر میرے بچے کے پاس انشورنس نہیں ہے تو کیا ہو گا؟ انشورنس کی حیثیت سے قطع نظر، کوئی بھی طالب علم، Hazel Health استعمال کرسکتا ہے۔ جب ایک دورے کا شیڈول بنایا یا فراہم کیا جاتا ہے تو Hazel طالب علم کی انشورنس کی حیثیت کا جائزہ لے گا۔ انشورنس کے بارے میں مزید معلومات کے لئے، براہ کرم www.hazel.co/help/faq پر ہمارے عمومی سوالات دیکھیں۔

براہ کرم اپنے بچے کی انشورنس کی معلومات فراہم کریں:

گروپ نمبر (اگر قابل اطلاق ہو)	ممبر آئی ڈی نمبر	انشورنس فراہم کنندہ / پلان کا نام
طالب علم کے ساتھ تعلق / رشتہ	پالیسی ہولڈر کی تاریخ پیدائش	پالیسی ہولڈر کا پہلا نام

☐ اس باکس پر نشان لگانے سے، میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے بچے کے پاس اس وقت بیلٹھ انشورنس کی کوریج نہیں ہے۔

میں نے Hazel Health سروسز کی مجاز دہی اور رازداری کی پالیسی پڑھ لی ہے اور: (براہ کرم ذیل میں ایک خانہ پر نشان لگائیں)

☐ میں Hazel Health فراہم کنندگان سے نگہداشت صحت کی سروسز حاصل کرنے کے سلسلے میں اپنے بچے کے لیے اجازت دیتا ہوں۔

☐ میں Hazel Health فراہم کنندگان سے نگہداشت صحت کی سروسز حاصل کرنے کے سلسلے میں اپنے بچے کے لیے اجازت نہیں دیتا ہوں۔

والدین / قانونی سرپرست / قانونی نمائندے کے دستخط (درکار)

تاریخ

معلوم الرجیاں اور صحت سے متعلق دیگر معلومات درج کرنے کے لیے براہ کرم صفحہ 2 پر جاری رکھیں

یہ رضامندی اس وقت تک کارآمد رہے گی جب تک کہ والدین/قانونی سرپرست/قانونی نمائندے کی جانب سے منسوخ نہیں کر دی جاتی ہے۔

بچے کا پہلا نام

بچے کا خاندانی نام

بچے کی تاریخ پیدائش

کیا آپ کے بچے کو کوئی الرجی ہے؟

- ☐ جی ہاں ☐ نہیں ادویات کی الرجیاں براہ کرم درج کریں: _____
- ☐ جی ہاں ☐ نہیں کھانے کی الرجیاں براہ کرم درج کریں: _____
- ☐ جی ہاں ☐ نہیں موسمی/ماحولیاتی الرجی براہ کرم درج کریں: _____

کیا آپ کا بچہ فی الحال کوئی ادویات لے رہا ہے؟

- ☐ جی ہاں ☐ نہیں براہ کرم درج کریں: _____

اگر Hazel کے لائسنس یافتہ طبی فراہم کنندہ کی طرف سے سفارش کی جاتی ہے تو کیا اسکول میں آپ کے بچے کو درج ذیل ادویات (عمر/وزن کے لحاظ سے مناسب) دی جا سکتی ہیں؟

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| جی | نہیں | جی | نہیں |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ٹائلینول™ / ایسیٹامینوفین (درد، بخار) | | | کھانسی کا شربت (کھانسی) |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ایڈول™ / موٹرن™ / آئبوپروفین (درد، بخار) | | | سودافید™ / فینی لیفرین (جکڑن) |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| چلڈرنز پیپٹو™ / کیلشیم کاربونیٹ (خراب معدہ) | | | بائیڈروکارٹیزون کریم (سوزش، خارش) |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| مائع پیپٹو-بسمول™ / بسمتھ سبسلیسیلیٹ (متلی، بدبضی، پیٹ میں گڑبڑ) | | | بینادرل™ / ڈیفین ہائیڈرامائن (الرجی ردعمل) |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| مائع انٹاسیڈ™ / ایلومینیم ہائیڈروآکسائیڈ™ / میگنیشیم ہائیڈروآکسائیڈ، سیمیٹھیکون (معدے میں گڑبڑ) | | | زائٹرک™ / سیٹیرازائن (الرجی، الرجک رد عمل) |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| تھروٹ لوزینج / بینزوکین / مینتھول (کھانسی، گلے کی خرابی) | | | زیدٹیول™ / کیٹوٹیفن (الرجی آنکھوں کے قطرے) |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | اینٹی ہائیوٹک مرہم / بیسیٹراسین / نیمائیسین / پولیمیکزن بی (کٹ لگنا، انفیکشن) |

کیا آپ کے بچے کو درج ذیل میں سے کوئی صحت کا عارضہ یا صحت سے متعلق خدشات لاحق ہیں؟

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| جی | نہیں | جی | نہیں |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ایسڈ ریفلکس (سینے کی جلن) | | | جینیاتی عارضہ |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| (توجہ کی کمی کا عارضہ) ADD/ADHD | | | ہائی بلڈ پریشر |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| اضطراب | | | گردوں کی بیماری |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| دمہ | | | مائیگرن کا سر درد |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| دل کا پیدائشی نقص | | | دوروں کا عارضہ |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| قبض | | | سکل سیل کی بیماری |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ذہنی دباؤ | | | سرجری: اپینڈکس ہٹایا گیا |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ترقیاتی تاخیر | | | سرجری: کان کی ٹیوبیں |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ذیابیطس | | | سرجری: ٹونسلز کو ہٹا دیا گیا |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ایکزیما | | | دیگر (براہ کرم وضاحت کریں): _____ |

کیا آپ کے بچے کے پاس پرائمری کیئر ڈاکٹر ہے؟

بیزل اس معلومات کا استعمال آپ کے بچے کے ڈاکٹر کے ساتھ رابطہ قائم کرنے اور انہیں بیزل کے کسی بھی دورے کے بارے میں بتانے کے لیے کرتی ہے۔ فیکس نمبر فراہم کرنے سے بیزل کو آپ کے بچے کے ڈاکٹر کو ملاقات کا خلاصہ بھیجنے کا موقع ملے گا۔

- ☐ جی ہاں ☐ نہیں
- فیکس _____ فون _____ بچوں کا ڈاکٹر _____