

GIẤY CHẤP THUẬN KHÁM SỨC KHỎE CỦA TRUNG TÂM Y TẾ HỌC ĐƯỜNG



Nhà trường đang hợp tác với Hazel Health để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho tất cả học sinh. Đại diện y tế trường học có thể liên lạc qua video với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe Hazel khi con quý vị ở trường. Để đảm bảo con quý vị có quyền tiếp cận dịch vụ này, hãy điền thông tin vào CẢ HAI trang của biểu mẫu này.

Để tìm hiểu thêm về Hazel hoặc hoàn thành biểu mẫu này trực tuyến, hãy truy cập:

my.hazel.co/houstonisd

Tháng / Ngày / Năm			
Tên của trẻ	Họ của trẻ	Ngày sinh của trẻ	
		()	
Tên phụ huynh / Người giám hộ số 1	Mối quan hệ với học sinh	Điện thoại di động	EMAIL
		()	
Tên Phụ huynh / Người giám hộ Số 2	Mối quan hệ với học sinh	Điện thoại di động	EMAIL

Thông tin bảo hiểm bắt buộc

Hazel Health đã hợp tác với trường học của quý vị để trang trải chi phí dịch vụ của quý vị để để gia đình quý vị không phải trả phí.

Tại sao bảo hiểm lại cần thiết nếu tôi không mất phí thăm khám với Hazel? Chúng tôi sẽ lập hóa đơn bảo hiểm của quý vị để trang trải chi phí cho chuyến thăm khám của quý vị, vì vậy quý vị không phải trả chi phí nào. Sau khi thăm khám xong, quý vị có thể nhận được văn bản giải thích về quyền lợi (EOB) qua đường bưu điện. Nếu quý vị nhận được EOB, tài liệu này KHÔNG phải là hóa đơn, nó chỉ đơn giản là một tài liệu cho thấy chuyến thăm khám đã diễn ra và được lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm của quý vị, nhưng không được lập hóa đơn cho quý vị. Không cần thực hiện thêm hành động nào.

Nếu tôi không có bảo hiểm thì sao? Quý vị có thể tiếp cận miễn phí các dịch vụ của Hazel cho gia đình mình. Chúng tôi có thể xác minh tình trạng không được bảo hiểm của quý vị sau khi quý vị đăng ký.

Con quý vị có bảo hiểm y tế không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nhà cung cấp bảo hiểm / Tên gói bảo hiểm	Số ID thành viên	Số nhóm (nếu có)	
Tên chủ hợp đồng bảo hiểm	Họ của chủ hợp đồng bảo hiểm	Ngày sinh của chủ hợp đồng bảo hiểm	Mối quan hệ với học sinh

Tôi đã đọc Chính sách về quyền riêng tư và Giấy cho phép nhận dịch vụ Hazel Health và: (Vui lòng đánh dấu vào một ô ở bên dưới)

☐ Tôi **CHO PHÉP** con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ các nhà cung cấp của Hazel Health.

☐ Tôi **KHÔNG** cho phép con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ các nhà cung cấp của Hazel Health.

Chữ ký của phụ huynh / Người giám hộ hợp pháp (Bắt buộc) Ngày

VUI LÒNG TIẾP TỤC ĐẾN TRANG 2 ĐỂ NHẬP NHỮNG TRIỆU CHỨNG DỊ ỨNG ĐÃ BIẾT & THÔNG TIN SỨC KHỎE KHÁC

Tên của trẻ

Họ của trẻ

Ngày sinh của trẻ

Con quý vị có bị dị ứng gì không?☐ CÓ ☐ KHÔNG Dị ứng thuốc

Vui lòng liệt kê:

☐ CÓ ☐ KHÔNG Dị ứng thực phẩm

Vui lòng liệt kê:

☐ CÓ ☐ KHÔNG Dị ứng theo mùa/Dị ứng theo môi trường

Vui lòng liệt kê:

Hiện tại con quý vị có đang dùng thuốc gì không?☐ CÓ ☐ KHÔNG

Vui lòng liệt kê:

Nếu được khuyến nghị bởi nhà cung cấp dịch vụ y tế được cấp phép của Hazel, các loại thuốc sau đây (phù hợp với độ tuổi/cân nặng) có thể được dùng cho con quý vị ở trường không?

CÓ	KH	CÓ	KH
☐	☐	☐	☐
	Tylenol™ / Acetaminophen (giảm đau, hạ sốt)		Si rô ho / Dextromethorphan / Guaifenesin (thuốc ho)
☐	☐	☐	☐
	Advil™ / Motrin™ / Ibuprofen (giảm đau, hạ sốt)		Mật ong (trị ho)
☐	☐	☐	☐
	Children's Pepto™ / Calcium Carbonate (đau bụng)		Sudafed™ / Phenylephrine (trị nghẹt mũi)
☐	☐	☐	☐
	Liquid Pepto-Bismol™ / Bismuth Subsalicylate (trị buồn nôn, khó tiêu, đau bụng)		Hydrocortisone Cream (viêm, ngứa)
☐	☐	☐	☐
	Liquid Antacid / Aluminum Hydroxide / Magnesium Hydroxide, Simethicone (đau bụng)		Benadryl™ / Diphenhydramine (phản ứng dị ứng)
☐	☐	☐	☐
	Viêm ngậm họng / Benzocaine / Menthol (ho, đau họng)		Zyrtec™ / Cetirizine (dị ứng, phản ứng dị ứng)
		☐	☐
			Zaditor™ / Ketotifen (thuốc nhỏ mắt dị ứng)
		☐	☐
			Thuốc mỡ kháng sinh / Bacitracin / Neomycin / Polymyxin B (bôi vết cắt, nhiễm trùng)

Con quý vị đã từng có bất kỳ tình trạng sức khỏe hoặc mối quan ngại về sức khỏe nào sau đây không?

CÓ	KH	CÓ	KH
☐	☐	☐	☐
	Trào ngược axit (Trào ngược dạ dày)		Rối loạn di truyền
☐	☐	☐	☐
	ADD/ADHD (Rối loạn giảm chú ý)		Huyết áp cao
☐	☐	☐	☐
	Lo lắng		Bệnh thận
☐	☐	☐	☐
	Bệnh hen suyễn		Đau nửa đầu
☐	☐	☐	☐
	Dị tật tim bẩm sinh		Rối loạn co giật
☐	☐	☐	☐
	Táo bón		Bệnh hồng cầu hình liềm
☐	☐	☐	☐
	Trầm cảm		Phẫu thuật: Đã loại bỏ ruột thừa
☐	☐	☐	☐
	Chậm phát triển		Phẫu thuật: Ống tai
☐	☐	☐	☐
	Tiểu đường		Phẫu thuật: Cắt bỏ amidan
☐	☐	☐	☐
	Viêm da cơ địa		Khác (vui lòng giải thích):

Con quý vị có bác sĩ chăm sóc chính không?

Hazel sử dụng thông tin này để phối hợp với bác sĩ của con quý vị và thông báo cho họ về bất kỳ chuyến thăm khám nào với Hazel. Việc cung cấp số fax sẽ cho phép Hazel gửi bản tóm tắt chuyến thăm khám cho bác sĩ của con quý vị.

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Bác sĩ của trẻ

Điện thoại

Fax