

2021-2022

ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ជាទីគោរពរាប់អាន

Greater Portland Health សហការជាមួយសាលាសាធារណៈ Portland និង Westbrook ផ្តល់ជូនការព្យាបាលថែទាំធ្មេញនៅសាលាសាធារណៈ Portland និងវិទ្យាល័យ Westbrook ។

សូមបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលភ្ជាប់មកជាមួយ និងការអនុញ្ញាតឱ្យបង្ហាញព័ត៌មាន ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យកូនរបស់អ្នកចូលប្រើសេវាកម្មមាត់ធ្មេញនៅសាលារបស់ពួកគេ។
សូមកត់ចំណាំ៖ ហត្ថលេខាព័រត្រូវបានទាមទារ សូមចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះ និងទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាត។

ការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបានដាក់ជូនសម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូនតាមការអនុវត្ត។
ប្រសិនបើអ្នកដឹងមិនមានការធានារ៉ាប់រង Greater Portland Health នឹងផ្តល់ជូននូវតម្លៃតាមកម្រិតនៃប្រាក់ចំណូល។

សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូន
ការសម្អាតសមាសធាតុក្លាយអរ និងថ្នាំបំប្លែងធ្មេញ នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអ្នកសម្អាតធ្មេញនៅគ្រប់សាលា Portland ឬនៅ គ្លីនិក Talbot (Riverton) ឬគ្លីនិកវិទ្យាល័យ Portland និងវិទ្យាល័យ Westbrook ។

ការព្យាបាល
ការព្យាបាលតាមដានដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយទន្តពេទ្យរបស់កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កុមារ ឬនិស្សិតពេទ្យធ្មេញ UNE ក្រោមការត្រួតពិនិត្យនៅគ្លីនិកដែលមានទីតាំងនៅក្នុងវិទ្យាល័យ Portland High School ។ ការព្យាបាលអាចរួមបញ្ចូល ប៉ូន្តេមិនកំណត់ចំពោះតែ ការពិនិត្យមាត់ធ្មេញ ការពិនិត្យដោយការស្តីអ៊ុច សមាសធាតុគីមីក្លាយអរសម្រាប់ថែទាំធ្មេញ ការប៉ះធ្មេញប្រហោង ការស្រោបធ្មេញ និងការដកធ្មេញ។

នៅក្នុងកញ្ចប់សេវាកម្មនេះ អ្នកនឹងឃើញ៖

- ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះសម្រាប់សុខភាពមាត់ធ្មេញ - សូមបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងផ្ញើត្រឡប់ទៅកាន់គិលានុបដ្ឋាយិការបស់សាលា។ ទោះបីជាកូនរបស់អ្នកបានចុះឈ្មោះកាលពីឆ្នាំមុនក៏ដោយ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ពិព្រោះយើងត្រូវការព័ត៌មានថ្មីៗចុងក្រោយ។
- ការអនុញ្ញាតឱ្យបង្ហាញព័ត៌មាន - សូមចុះហត្ថលេខា និងផ្ញើត្រឡប់មកវិញ។
- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីឯកជនភាពរបស់ Greater Portland Health - នៅផ្នែកម្ខាងទៀតនៃលិខិតនេះ - សម្រាប់អ្នករក្សាទុក។

សំណួរដែលសួរញឹកញាប់

តើមានការចំណាយទៅលើសេវាកម្មមាត់ធ្មេញដែរឬទេ? បាទឬចាស ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពមាត់ធ្មេញ រួមទាំង MaineCare វិក្កយបត្រនឹងត្រូវចេញទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់កុមារដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពមាត់ធ្មេញ មានតម្លៃតាមកម្រិតនៃប្រាក់ចំណូល។ **អ្នកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុអាចជួយអ្នកក្នុងការកំណត់ថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឬទេ ហើយ ហើយបើសិនជាអត់ ពិនិត្យមើលជម្រើសបង់ប្រាក់ និងតម្លៃនៃសេវាកម្ម ។**

តើនេះគឺជាកម្មវិធីរបស់សាលាមែនទេ? ទេ កម្មវិធីនេះដំណើរការនៅក្នុងសាលា ប៉ុន្តែជាប្រតិបត្តិការរបស់ Greater Portland Health ។ កុមារដែលមានអាយុពី 6 ខែ រហូតដល់ 21 ឆ្នាំ អាចចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីនេះបាន។

តើខ្ញុំគួរចុះឈ្មោះកូនរបស់ខ្ញុំទេ ប្រសិនបើគេគឺជាអ្នកជំងឺដែលទទួលបានសេវាកម្មថែទាំស្រាប់នៅក្នុង Greater Portland Health នោះ? បាទឬចាស ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យមើលកូនអ្នកដោយមិនមានវត្តមានរបស់ឪពុកម្តាយ។

តើខ្ញុំត្រូវធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើកូនរបស់ខ្ញុំបានទៅកាន់គ្លីនិករួចហើយ? សូមបំពេញទម្រង់បែបបទដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពប្រតិបត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ និងពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ឯកជនភាព ហើយចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតដល់ការបង្ហាញព័ត៌មាន។

សូមទូរសព្ទមកលេខ 207-874-2141 ជម្រើសទី 7 ដើម្បីធ្វើការណាត់ជួប ឬទាក់ទង Kathy Martin ដែលជាអ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីសម្រាប់កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Greater Portland Health តាមរយៈលេខ (207) 874-2141 x 8401 ឬ kmartin@greaterportlandhealth.org សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។



Greater Portland Health គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ
ដែលមានបេសកកម្មផ្តល់ជូននូវការថែទាំសុខភាពដោយផ្អែកលើអ្នកជំងឺប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់
ដែលអាចចូលប្រើបានក្នុងកម្រិតសមរម្យ និងយល់ដឹងខាងវប្បធម៌។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី Greater Portland Health
សូមទូរសព្ទមកលេខ (207) 874-2141 ឬចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងខ្លះ <http://www.greaterportlandhealth.org/>

ការចុះឈ្មោះនៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ Greater Portland Health

ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានថែទាំសុខភាព

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមដូចតទៅនេះ ទាក់ទងនឹងការចុះឈ្មោះរបស់កូនខ្ញុំនៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ Greater Portland Health (“the GPH School Health Center”) និងការបង្ហាញព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យសុខភាពរបស់កូនខ្ញុំ និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធ៖

- ខ្ញុំបានទទួល និងអានសេចក្តីជូនដំណឹងរបស់មណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ស្តីអំពីការអនុវត្តព័ត៌មានសុខភាព ដែលផ្តល់ដំបូន្មានទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញដែលអាចត្រូវបានធ្វើឡើងពីព័ត៌មានសុខភាពនៅក្នុងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់កូនខ្ញុំ ស្របតាមស្តង់ដាររក្សាការសម្ងាត់របស់ HIPAA ។
- ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ក្នុងការចូលប្រើកំណត់ត្រាសុខភាពសាលារបស់កូនខ្ញុំ រួមបញ្ចូលទាំង ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះតែ កំណត់ត្រានៃកាយសម្បទា អាកប្បកិរិយា និងការប្រឹក្សាប្រសិនបើមាន និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធណាមួយ សម្រាប់គោលបំណងទាក់ទងនឹងការព្យាបាល ឬតាមការតម្រូវ ឬបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយមណ្ឌលសុខភាព GPH ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ផ្តល់ជូនសាលា (រួមទាំងគិលានុបដ្ឋយិកា និងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច) នូវព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH តាមភាពចាំបាច់ និងសមស្របសម្រាប់គោលបំណងទាក់ទងនឹងការព្យាបាល ឬតាមការតម្រូវ ឬបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយ Greater Portland Health ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ចែករំលែកព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រានៃមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH (រួមទាំងកំណត់ត្រាសុខភាពសាលា ប្រសិនបើរួមបញ្ចូលនៅក្នុងកំណត់ត្រានៃមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH) ជាមួយគ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មព្យាបាលដទៃទៀត រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ទន្តពេទ្យ និងអ្នកជំនាញសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់កូនរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពបឋម ទន្តពេទ្យ និងអ្នកជំនាញសុខភាពផ្លូវចិត្ត (“អ្នកផ្តល់សេវាកម្មភាគីទីបី”) របស់កូនខ្ញុំ ផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាព និងកំណត់ត្រាដល់មណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដោយមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH សម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចត្រូវបានស្នើសុំដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពភាគីទីបី ឱ្យអនុវត្តការអនុញ្ញាតដាច់ដោយឡែក ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការបង្ហាញព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពភាគីទីបី។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH បង្ហាញព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ដែលចាំបាច់សម្រាប់អ្នកធានាចេញវិក្កយបត្រ ឬអ្នកបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមដែល៖ (i) ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា លុះត្រាតែមានការផ្តល់ជូនរយៈពេលខ្លីជាងនេះនៅក្នុងឯកសារនេះ ហើយ (ii) ខ្ញុំអាចដកហូតការអនុញ្ញាតនេះបានគ្រប់ពេល ដោយដាក់ជូនសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការដកការអនុញ្ញាត លើកលែងតែវិសាលភាពដែលមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH បានពឹងផ្អែកទៅលើកាលពីការយល់ព្រមដំបូង។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អណាព្យាបាល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សរសេរឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនង៖ _____

ទម្រង់ចុះឈ្មោះសម្រាប់កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញ 2021-2022

ឈ្មោះសិស្ស _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ____/____/____ ភេទ _____
(ដូចនៅលើប័ណ្ណ MaineCare បើមាន)

អាសយដ្ឋាន _____ លេខកូដតំបន់ _____
លេខទូរសព្ទពេលថ្ងៃរសៀលសុទ្ធជាមួយ _____ សារ/អត្ថបទ យល់ព្រម បានឬចាស/ទេ លេខទូរសព្ទដែលសិស្ស (សម្រាប់ការរដ្ឋាភិបាល)
សារ/អត្ថបទ យល់ព្រម បានឬចាស/ទេ
អ៊ីមែល _____ ឈ្មោះសាលា _____ គ្រូ/ថ្នាក់សិក្សា _____

លេខសម្គាល់ MaineCare (បញ្ចប់ដោយអក្សរ A) _____ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមាត់ធ្មេញឯកជន៖ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន _____ លេខសម្គាល់គោលការណ៍ # _____ ក្រុម # _____ អាសយដ្ឋានទាមទារសំណង _____ ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលការណ៍ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកកាន់គោលការណ៍ _____	មិនមានការធានា (សូម ៗ)
ឈ្មោះអ្នកធានា (អ្នកដែលទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្រ)៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____	

តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ? សូមដាក់ចំណុចដែលមានទាំងអស់។

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD* | <input type="checkbox"/> មហារីក/ដុំពក | <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង | <input type="checkbox"/> ការថែទាំផ្លូវចិត្ត |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺអេដស៍/មេរោគហ៊ីវ | <input type="checkbox"/> ជំងឺពិការខួរក្បាល | <input type="checkbox"/> ជំងឺរលាកថ្លើម | <input type="checkbox"/> ជំងឺកាមរោគ |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺហ៊ីត | <input type="checkbox"/> បបូរមាត់/ក្រអូមមាត់ឆែប | <input type="checkbox"/> ជំងឺអែប៊ែល ឬជំងឺពងបែក | <input type="checkbox"/> បញ្ហាការនិយាយ/ការស្តាប់ |
| <input type="checkbox"/> អការៈនៃជំងឺអូស្ត្រីម/Asperger | <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូងពិកំណើត | <input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម | <input type="checkbox"/> បញ្ហាក្រពះ/ពោះវៀន |
| <input type="checkbox"/> ពិការភាពពិកំណើត | <input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ | <input type="checkbox"/> ជំងឺគ្រុនចាញ់ | <input type="checkbox"/> ជំងឺរបេង |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺឈាម | <input type="checkbox"/> ជំងឺឆ្លុះក្រហម/ប្រកាច់ | <input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម | <input type="checkbox"/> ជំងឺផ្សេងទៀត |

*ជំងឺពិបាកផ្ដោតអារម្មណ៍/ជំងឺពិបាកផ្ដោតអារម្មណ៍ដោយសារមាត់ធ្មេញស្រព្វកាល
តើកូនរបស់អ្នកមានបញ្ហាអាឡែហ្ស៊ីណាមួយដែរឬទេ? ពន្យល់ _____
សូមរាយឈ្មោះឱសថដែលកូនរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ _____
តើកូនរបស់អ្នកមានឈឺធ្មេញទេ? បានឬចាស ទេ តើកូនរបស់អ្នកបានទៅជួបពេទ្យធ្មេញដែរឬទេកាលពីឆ្នាំមុន? បានឬចាស ទេ
ប្រសិនបើបានទៅ តើនៅកន្លែងណា? _____
ភាសានិយាយនៅផ្ទះ: _____

ពូជអម្បូរកូនរបស់កុមារ៖ _____ ស្បែកស _____ ស្បែកខ្មៅ អាហ្វ្រិក អាមេរិកាំងដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
_____ អ្នករស់នៅលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត _____ អាស៊ី _____ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំងខាងត្បូង/កណ្តាល/ជើង
ជនជាតិដើមអាឡាស្កា _____ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ _____ ចម្រុះជាតិសាសន៍
ជាតិសាសន៍របស់កុមារ៖ _____ សាសន៍និយាយភាសាអេស្ប៉ាញ/ឡាទីន _____ មិនមែន សាសន៍និយាយភាសាអេស្ប៉ាញ/ឡាទីន

ចំនួនសមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារសរុប៖ _____ ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំសរុប៖ _____
ឈ្មោះមេគ្រួសារ៖ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយសិស្ស៖ _____

ការយល់ព្រមប្រើប្រាស់កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញកុមាររបស់ Greater Portland Health និងការអនុញ្ញាតឱ្យបង្ហាញព័ត៌មាន

- តាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងយល់ថា៖**
- ខ្ញុំបានទទួល និងអានលិខិតជូនដំណឹង និងសំណុំដែលសុំព្រឹក្សាបញ្ជី កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ Greater Portland Health ("GPH") ដែលពន្យល់ថា កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH ហើយសេវាកម្ម និងអត្ថប្រយោជន៍ដ៏ទៃទៀតដែលអាចផ្តល់ជូនកូនខ្ញុំ។
 - កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH គឺជាអង្គការដាច់ដោយឡែកមួយ ពីសាលា និងពីការិយាល័យក៏ដូចជាស្ថាប័នដទៃទៀត។ កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH ផ្តល់ជូននូវការវាយតម្លៃអំពីមាត់ធ្មេញ និងការព្យាបាលថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញច្រើនយ៉ាងនៅក្នុងទីតាំងតាមសាលាខណៈពេលដែលចូលរួមនៅក្នុងការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលអាចពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំផងដែរ។
 - ការយល់ព្រមនេះមានសុពលភាពក្នុងរយៈពេលដែលសិស្សចុះឈ្មោះចូលរៀនជាមួយប្រព័ន្ធសាលា Portland ឬរហូតដល់ពួកគេផ្ទេរទៅសាលាផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ ពីអន្តរវិទ្យាល័យ ទៅវិទ្យាល័យ) ។ នៅពេលសិស្សជាប់កូនរបស់ខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរពីអន្តរវិទ្យាល័យ ទៅវិទ្យាល័យ ខ្ញុំត្រូវតែចុះឈ្មោះពួកគេឡើងវិញនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលា ប្រសិនបើខ្ញុំចង់ឱ្យពួកគេបន្តទទួលបានសេវាកម្មជាមួយកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH ។
 - ខ្ញុំត្រូវពិនិត្យ និងចុះហត្ថលេខាលើ ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានថែទាំសុខភាពទាក់ទងនឹងការចុះឈ្មោះចូលរៀនរបស់កូនខ្ញុំនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH ។

ខ្ញុំបានអានទម្រង់បែបបទនេះទាំងស្រុង និងយល់ព្រមចុះឈ្មោះសិស្សជាប់កូនរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH នៅពេលនេះ។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អណាព្យាបាល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
សរសេរឈ្មោះ៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនង _____