

ព័ត៌មានអំពីការចុះឈ្មោះសម្រាប់មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលា

2021-2022

មាតាបិតាសិស្សជាទីគោរព!

ក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយនិងសាលាសាធារណៈ Portland, Westbrook, និង South Portland និងមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព Maine Medical Center, Greater Portland Health ផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលានៅ៖ វិទ្យាល័យ Portland High School វិទ្យាល័យ Deering High School វិទ្យាល័យ Casco Bay High School និងអនុវិទ្យាល័យ King Middle School វិទ្យាល័យ Westbrook High School និងវិទ្យាល័យ South Portland High School ។

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យកូនរបស់អ្នកទទួលបានសេវាកម្មសុខភាពតាមសាលារបស់ពួកគេ។
ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពបឋមជាប្រចាំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តរួចហើយ អ្នកនៅតែអាចចុះឈ្មោះពួកគេនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ Greater Portland Health ។
 គោលដៅរបស់យើងគឺថា កុមារ និងឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេទាំងអស់ មានទំនាក់ទំនងជាមួយនិងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពបឋម។ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ Greater Portland Health ផ្តល់បន្ថែមពីលើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមជាប្រចាំរបស់កូនអ្នក និងសម្របសម្រួលការថែទាំជាមួយពួកគេតាមតម្រូវការ។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Greater Portland Health (<http://www.greaterportlandhealth.org/>) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបានដាក់ជូនសម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូនតាមការអនុវត្ត។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងមិនមានការធានារ៉ាប់រង Greater Portland Health នឹងផ្តល់ជូននូវតម្លៃតាមកម្រិតនៃប្រាក់ចំណូល។

<p>មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ Greater Portland Health ផ្តល់ជូន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • សេវាកម្មសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្របឋម • សេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា • សេវាកម្មផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ • សេវាកម្មសុខភាពមាត់ធ្មេញ (ការចុះឈ្មោះដាច់ដោយឡែក) • សេវាកម្មសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអ៊ិនធឺណិត ឬទូរសព្ទ 	<p>ហេតុផលចម្បងទាំង 5 យ៉ាងដែលគួរចុះឈ្មោះកូនរបស់អ្នក៖</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. បុគ្គលិករូសរាយរាក់ទាក់ យកចិត្តទុកដាក់ 2. ងាយស្រួល កំណត់ពេលវេលាឆាប់រហ័ស (មិនទាមទារការដឹកជញ្ជូនទេ!) 3. ការសម្របសម្រួលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋមរបស់កូនអ្នក 4. ការថែទាំប្រកបដោយគុណភាព និងមេត្តាធម៌ 5. ងាយស្រួលក្នុងការត្រួតពិនិត្យស្ថានភាពដែលរ៉ាំរ៉ៃ
---	---

នៅក្នុងកញ្ចប់សេវាកម្មនេះ អ្នកនឹងឃើញ៖

- ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ – **សូមបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងធ្វើត្រលប់ទៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលា ឬគិលានុបដ្ឋាយិការបស់សាលា។ ទោះបីជាកូនរបស់អ្នកបានចុះឈ្មោះកាលពីឆ្នាំមុនក៏ដោយ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ពីព្រោះយើងត្រូវការព័ត៌មានថ្មីៗចុងក្រោយ។**
- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីឯកជនភាពរបស់ Greater Portland Health – នៅផ្នែកម្ខាងទៀតនៃលិខិតនេះ – សម្រាប់អ្នកដើម្បីរក្សាទុក។
- សំនួរដែលសួរជាញឹកញាប់អំពីមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពនៅតាមសាលា – សម្រាប់អ្នកដើម្បីរក្សាទុក។



- ចំពោះចម្ងល់បន្ថែម សូមទាក់ទងទៅលោក Jason Goff ដែលជាអ្នកគ្រប់គ្រងការអនុវត្តសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពនៅតាមសាលា តាមលេខ (207) 874-2141 x 8402 ឬ jjgoff@greaterportlandhealth.org ។

សូមរកមើលទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះសម្រាប់សុខភាពមាត់ធ្មេញដាច់ដោយឡែកនៅក្នុងកញ្ចប់សេវាកម្មរបស់កូនអ្នក។

សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីអំពីការអនុវត្តព័ត៌មានសុខភាព

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីអ្នក អាចត្រូវបានគេប្រើ និងបង្ហាញចេញ និងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ។ សូមពិនិត្យមើលវាដោយយកចិត្តទុកដាក់។

ស្វែងយល់អំពីកំណត់ត្រា/ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក

នៅពេលអ្នកទៅជួបពិគ្រោះជាមួយ Greater Portland Health កំណត់ត្រានៃការជួបពិគ្រោះនេះនឹងត្រូវបានចងក្រងជាឯកសារ។ កំណត់ត្រានេះអាចមានដូចជា រោគសញ្ញា ការពិនិត្យ និងលទ្ធផលធ្វើតេស្ត ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការព្យាបាល និងគម្រោងសម្រាប់ការថែទាំ/សេវាកម្មនាពេលអនាគតរបស់អ្នក។ ព័ត៌មាននេះដែលគេហៅថា កំណត់ត្រាសុខភាព/វេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក គឺជាផ្នែកដ៏សំខាន់មួយនៃការថែទាំ/សេវាកម្មសុខភាពដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក។ វាបម្រើជា៖

- មូលដ្ឋានសម្រាប់រៀបចំគម្រោងថែទាំ និងការព្យាបាលសុខភាពរបស់អ្នក។
- មធ្យោបាយនៃការទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាព ដែលរួមចំណែកក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក។
- ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលពិពណ៌នាអំពីការថែទាំ/សេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។
- ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទៅអ្នកបង់ប្រាក់ជាភាគីទីបី (ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង) ដែលសេវាកម្មត្រូវបានផ្តល់ជូន។

សិទ្ធិរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក

ព័ត៌មាននេះគឺជាកម្មសិទ្ធិរបស់អ្នក ទោះបីឯកសារកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក គឺជាកម្មសិទ្ធិរបស់ Greater Portland Health ក៏ដោយ។ ស្ថិតក្រោមច្បាប់ឯកជនភាពរបស់សហព័ន្ធ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការ៖

- ទទួលបានការជូនដំណឹងអំពីការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញនូវកំណត់ត្រាសុខភាព/វេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រួមទាំងឯកសារចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹង ប្រសិនបើបានស្នើសុំ។
- ស្នើសុំការដាក់កំហិតលើការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញនៃព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ឬស្នើសុំឱ្យយើងផ្តន្ទាទំនាក់ទំនងសម្ងាត់របស់អ្នកតាមមធ្យោបាយផ្សេងៗ។
- ពិនិត្យ និងទទួលយកច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- ស្នើសុំឱ្យកែប្រែកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។

ទទួលខុសត្រូវរបស់យើង

Greater Portland Health គឺត្រូវបានតម្រូវឱ្យ៖

- រក្សាភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។
- ផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីកាតព្វកិច្ចផ្នែកច្បាប់ និងការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ Greater Portland Health ទាក់ទងនឹងព័ត៌មានសុខភាពដែលយើងផ្តល់ជូនប្រមូលបាន និងរក្សាទុកអំពីអ្នក។
- គោរពតាមលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
- ទទួលបានការយល់ព្រមពីអ្នក មុនពេលបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាព/វេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

Greater Portland Health រក្សាសិទ្ធិក្នុងការផ្លាស់ប្តូរនិង កែសម្រួលការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ខ្លួន ដើម្បីបន្តអនុវត្តតាមច្បាប់របស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ។ ប្រសិនបើនេះគឺជាតម្រូវការ អ្នកជំងឺ/អតិថិជននឹងទទួលបាននូវសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីអំពីការអនុវត្តព័ត៌មានសុខភាព នៅក្នុងអំឡុងពេលជួបពិគ្រោះបន្ទាប់។

សម្រាប់គោលបំណងជាតិជាអាទិភាព ការបង្ហាញត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយមិនមានការយល់ព្រម

Greater Portland Health ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដោយមិនមានការយល់ព្រមពីអ្នកនៅពេល៖

- ទាមទារដោយច្បាប់រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ។
- ដល់អាជ្ញាធរ រួមទាំងមន្ត្រីសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋ រដ្ឋបាលចំណីអាហារនិងឱសថ អាជ្ញាធរអនុវត្តច្បាប់ អង្គការលទ្ធកម្មសរីរាង្គ អ្នកពិនិត្យសុខភាពទាក់ទងនឹងសំណងកម្មករ នៅពេលដែលត្រូវបានស្នើសុំសម្រាប់មុខងារពិសេសរបស់រដ្ឋាភិបាល រួមទាំងយោធា និងស្ថានភាពស្រដៀងគ្នា និងភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានចោទប្រកាន់ពីបទការពារ ឬគ្រប់គ្រងជំងឺ។

ការរៀបចំការថែទាំសុខភាពដែលបានព្រាងទុក

Greater Portland Health គឺជាសមាជិកនៃភាពជាដៃគូថែទាំសហគមន៍របស់រដ្ឋ Maine (“CCPM”) ដែលជា “ការរៀបចំការថែទាំសុខភាពដែលបានព្រាងទុក” ផ្ដោតលើការធ្វើឱ្យសុខភាពសហគមន៍ដែលខ្លួនបម្រើ មានភាពប្រសើរឡើង។ សមាជិកនៃ CCPM ក្នុងកិច្ចសហការជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ប្រើប្រាស់ការវិភាគសុខភាពប្រជាជន ការពិនិត្យមើលការប្រើប្រាស់ ការវាយតម្លៃគុណភាព និងសកម្មភាពកែលម្អ

និងយុទ្ធសាស្ត្រផ្អែកលើភស្តុតាងផ្សេងទៀតក្នុងការធ្វើឱ្យការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមានភាពប្រសើរឡើង។ សមាជិកត្រូវទទួលខុសត្រូវទៅវិញទៅមកចំពោះសុខភាពរបស់អ្នកដទៃទាំងអស់ ដែល CCPM បម្រើសេវាដល់។ អង្គការដែលបង្កើតការរៀបចំការថែទាំសុខភាពដែលបានព្រាងទុកនេះ រួមមាន មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសហគមន៍ និងមន្ទីរពេទ្យដូចខាងក្រោម៖ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព Cary Medical Center មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព DFD Russell Medical Center មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព Fish River Rural Health មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព Katahdin Valley Health Center មន្ទីរពេទ្យ Mayo Regional Hospital មន្ទីរពេទ្យ Millinocket Regional Hospital មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព Nason Health Care សេវាកម្មសុខភាព Pines Health Services មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព Penobscot Community Health Center មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព Greater Portland Health វេជ្ជបណ្ឌិតគ្រួសារ Sebasticook Family Doctors និងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព St. Joseph Healthcare ។

ការរៀបចំការថែទាំសុខភាពដែលបានព្រាងទុករបស់ CCPM អនុញ្ញាតឱ្យអង្គការដែលបានគ្របដណ្តប់ដោយឡែកទាំងនេះ រួមទាំង Greater Portland Health ក្នុងចែកចាយព័ត៌មានអំពីសុខភាពដែលមានការការពារជាមួយគ្នាតាមភាពចាំបាច់ ដើម្បីអនុវត្តការព្យាបាល ការបង្ក្រាម ឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព ដែលមានការអនុញ្ញាត ទាក់ទងនឹងការងារនៃការរៀបចំការថែទាំសុខភាពដែលបានព្រាងទុក ប្រសិនបើមិនមានការដាក់កំហិតដោយច្បាប់ វិធានការ ឬបទបញ្ជាទេនោះ។ បញ្ជីនៃអង្គការអាចត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ដើម្បីអនុវត្តចំពោះអង្គការថ្មីនៅពេល អនាគត។ អ្នកអាចចូលប្រើបញ្ជីថ្មីបំផុតនៅគេហទំព័រ www.ccpmmaine.org/members ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ 207-992-9200 ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មាន ឬរាយការណ៍អំពីបញ្ហា

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចទាក់ទងមក Greater Portland Health ដែលមានអាសយដ្ឋាន 180 Park Ave, Portland, ME 04102 ។ (207) 874-2141. www.greaterportlandhealth.org ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា សិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នកត្រូវបានរំលោភបំពាន អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ មន្ត្រីឯកជនភាព និងសុវត្ថិភាព (Privacy and Safety Officer) តាមរយៈអាសយដ្ឋានខាងលើ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (Secretary of Health and Human Services) ដែលមានអាសយដ្ឋាននៅក្នុងទីក្រុង Washington, D.C ។ នឹងមិនមានការសងសឹកចំពោះការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឡើយ។

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) នូវព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាពិមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ 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៖ _____

**ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះសម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព
2021-2022**

****សូមបំពេញ រួចហើយផ្ញើត្រឡប់ទៅសាលារ័ត្ន****

ឈ្មោះសាលា: _____ កម្រិតថ្នាក់សាលា: _____

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

អាសយដ្ឋាន: _____ លេខកូដតំបន់: _____ គ្មានផ្ទះសំបែង

លេខទូរសព្ទឪពុកម្តាយ: _____ សារ យល់ព្រម បានឬចាស/ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិតឬទូរសព្ទ _____

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រង _____ លេខសម្គាល់គោលការណ៍ # _____ ក្រុម # _____ អាសយដ្ឋានទាមទារសំណង _____ អ្នកធានា/ឈ្មោះឪពុកម្តាយ _____ លេខទូរសព្ទ # _____ លេខសម្គាល់ MaineCare (បញ្ចប់ដោយអក្សរ A) _____	តើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងមែនទេ? បានឬចាស / ទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកប្រឹក្សាជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុម្នាក់របស់យើងខ្ញុំនឹងទាក់ទងទៅអ្នក ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រង និងជម្រើសតម្លៃតាមកម្រិតនៃប្រាក់ចំណូលរបស់យើង។
---	--

ព័ត៌មានសុខភាព: វេជ្ជបណ្ឌិត/អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម: _____ កូនរបស់ខ្ញុំបានធ្វើការពិនិត្យកាយសម្បទាក្នុងរយៈពេលពីរឆ្នាំចុង ក្រោយនេះ? បានឬចាស/ទេ មិនប្រាកដក្នុងចិត្ត កូនរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវការការចាក់ថ្នាំបង្ការនៅឆ្នាំនេះ? _____ បានឬចាស/ទេ មិនប្រាកដក្នុងចិត្ត តើកូនរបស់អ្នកមានជំងឺហិកនេមែនឬទេ? បានឬចាស/ទេ គម្រោងជំងឺហិកនេមែនបានសរសេរនៅសាលា? បានឬចាស/ទេ តើកូនរបស់អ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែរឬទេ? បានឬចាស/ទេ គម្រោងអំពីជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលបានសរសេរនៅសាលា? បានឬចាស/ទេ បញ្ហាសុខភាពផ្លូវកាយ សុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬសុខភាពផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀត: _____	ប្រវត្តិសុខភាពរបស់ខ្លួន/គ្រួសារ - សូមពិនិត្យមើលប្រវត្តិគ្រួសារសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពណាមួយខាង ក្រោមនេះ៖ <table border="0"> <tr> <td>_____ ជំងឺអាក្រក់ប្រព្រឹត្តិ</td> <td>_____ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម</td> </tr> <tr> <td>_____ ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ</td> <td>_____ ជំងឺហិក</td> </tr> <tr> <td>_____ ជំងឺបេះដូង</td> <td>_____ ជំងឺផ្លូវចិត្ត</td> </tr> <tr> <td>_____ ការសេពគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន</td> <td>_____ ជំងឺលើសឈាម</td> </tr> <tr> <td>_____ កូឡេស្តេរ៉ូលខ្ពស់</td> <td>_____ ជំងឺរបេង</td> </tr> </table>	_____ ជំងឺអាក្រក់ប្រព្រឹត្តិ	_____ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម	_____ ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ	_____ ជំងឺហិក	_____ ជំងឺបេះដូង	_____ ជំងឺផ្លូវចិត្ត	_____ ការសេពគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន	_____ ជំងឺលើសឈាម	_____ កូឡេស្តេរ៉ូលខ្ពស់	_____ ជំងឺរបេង
_____ ជំងឺអាក្រក់ប្រព្រឹត្តិ	_____ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម										
_____ ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ	_____ ជំងឺហិក										
_____ ជំងឺបេះដូង	_____ ជំងឺផ្លូវចិត្ត										
_____ ការសេពគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន	_____ ជំងឺលើសឈាម										
_____ កូឡេស្តេរ៉ូលខ្ពស់	_____ ជំងឺរបេង										

ពូជអម្បូរបស់សិស្ស: _____ ស្បែកស _____ ស្បែកខ្មៅ អាហ្វ្រិក អាមេរិកាំងដើមកំណើតអាហ្វ្រិក _____ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
 _____ អាស៊ី _____ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំងខាងត្បូង/កណ្តាល/ជើង ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
 _____ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ _____ ចម្រុះជាតិសាសន៍
 ជាតិសាសន៍របស់សិស្ស: _____ សាសន៍និយាយភាសាអេស្ប៉ាញ/ឡាទីន _____ មិនមែន សាសន៍និយាយភាសាអេស្ប៉ាញ/ឡាទីន

ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំសរុប: _____ ចំនួនសមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារសរុប: _____
 ឈ្មោះមេគ្រួសារ: _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយសិស្ស: _____

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងយល់ថា:

- ខ្ញុំបានទទួល និងអាន លិខិតជូនឪពុកម្តាយអំពីមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ Greater Portland Health ("GPH") ដែលពន្យល់ថាអ្វីក៏ជាមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ GPH និងសេវាកម្ម និងអត្ថប្រយោជន៍អ្វីដែលអាចផ្តល់ជូនកូនរបស់ខ្ញុំ។
- មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ GPH គឺជាអង្គការដាច់ដោយឡែកមួយ ពីសាលា និងពីការិយាល័យគិលានុបដ្ឋាយិកា។ មណ្ឌលសុខភាព GPH ផ្តល់ជូនការវាយតម្លៃលើការថែទាំសុខភាពបឋម និងការព្យាបាលថែទាំសុខភាពជាច្រើននៅក្នុងទីកន្លែងតាមសាលាខណៈពេលដែលចូលរួមនៅក្នុងការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលអាចពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំផងដែរ។
- ការយល់ព្រមនេះមានសុពលភាពក្នុងរយៈពេលដែលសិស្សចុះឈ្មោះចូលរៀនជាមួយប្រព័ន្ធសាលា Portland ប្រព័ន្ធសាលា Westbrook ឬប្រព័ន្ធសាលា South Portland ឬរហូតដល់ពួកគេផ្ទេរទៅសាលាផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ ពីអនុវិទ្យាល័យ ទៅវិទ្យាល័យ) ។ នៅពេលសិស្សជាប់កូនរបស់ខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរពីអនុវិទ្យាល័យ ទៅវិទ្យាល័យ ខ្ញុំត្រូវតែចុះឈ្មោះពួកគេឡើងវិញនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ GPH ប្រសិនបើខ្ញុំមិនផ្សព្វផ្សាយឲ្យបានសេវាកម្មនៅមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ GPH ។
- ខ្ញុំត្រូវពិនិត្យ និងចុះហត្ថលេខាលើ ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានថែទាំសុខភាព ទាក់ទងនឹងការចុះឈ្មោះចូលរៀនរបស់កូនខ្ញុំនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ GPH ។

ខ្ញុំបានអានទម្រង់បែបបទនេះទាំងស្រុង និងយល់ព្រមចុះឈ្មោះសិស្សជាកូនរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ GPH នៅពេលនេះ។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សរសេរឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនង៖ _____