

**Kuanza Kufanya Kazi tarehe 1 Julai, 2018 – 30
Juni, 2019**

Shule: _____ **Daraja** _____

Ninatoa ruhusa kwa _____
Tafadhali chapisha _____ Jina la Mwisho, _____ La Kwanza la Mwanafunzi
Kifupisho cha Kati _____ Tarehe ya Kuzaliwa _____

Kupokea huduma za afya kutoka kwenye kliniki ya afya ya muuguzi wa shule (Kliniki) kwenye shule ya mtoto wangu. Ninaelewa kuwa wafanyakazi wa Kliniki hawawezi kushughulikia mahitaji yote ya afya ambayo mtoto wangu anaweza kuwa nayo. Hata hivyo, ikiwa mtoto wangu bado hayupo chini ya huduma ya kawaida ya daktari au kliniki, nitashirikiana na Kliniki kuichagua.

I. Ninaidhinisha mtoto wangu kupokea huduma za Kliniki: Nimesoma maelezo kuhusu Kliniki na kuelewa huduma ambazo Kliniki inaweza kutoa, ambazo ni, lakini hazihusu tu: huduma ya kwanza/huduma ya dharura, rufaa kwa watoa huduma za afya katika jamii, huduma za lishe, elimu ya afya, uchunguzi wa afya na maelezo ya chanjo. Nitawajibika kuarifu wafanyakazi wa Kliniki kuhusu mabadiliko katika hifadhi, mipango ya kuishi ya mtoto au ya chini ya ulinzi na nambari za mawasiliano.

Sahihi ya Mzazi au Mlezi (ikiwa mwanafunzi ni chini ya miaka 18): _____ Tarehe: _____

Sahihi ya Mwanafunzi (ikiwa ana miaka 18 au zaidi au ameachiliwa huru): _____ Tarehe: _____

HUDUMA ZA UUGUZI HAZITATOLEWA BILA IDHINI INAYOHITAJIKA NA SHERIA YA JIMBO.

II. Faragha ya Maelezo: Tumetayarisha ILANI YA DESTURI ZA FARAGHA ya kina ili kukusaidia kuelewa vyema sera zetu kuhusu maelezo ya binafsi ya afya ya mtoto wako (PHI). Una haki ya kupokea ilani hii kabla ya kutia sahihi idhini hii. Ilani ya sasa itachapishwa kwenye shule ya mtoto wako, kwenye tovuti ya Community na nakala zinapatikana kwa kuomba mfanayakazi wa Kliniki.

_____ (Vifupisho vya Mzazi) Ninakubali kuwa ninaweza kufikia nakala ya **Community Health Network ILANI YA DESTURI ZA FARAGHA**, kupitia tovuti ya Community. (Nakala za karatasi baada ya kuomba.)

III. Kutoa Maelezo: Ninaidhinisha Kliniki kufichua PHI ya jina la mwanafunzi aliyeorodheshwa hapo juu: PHI ya mwanafunzi inayoweza kufichuliwa chini ya Uthibitishaji ni pamoja na rekodi na ripoti za huduma za matibabu zinazotolewa kwa mwanafunzi kwenye Kliniki, ikiwemo lakini si tu tathmini, utambuzi wa ugonjwa na tiba ya majeraha na magonjwa ya mwanafunzi. PHI inaweza kufichuliwa kwa madhumuni ya usimamizi wa kliniki, kwa usimamizi wa shule au wafanyakazi ili kutathmini ustahiki wa mwanafunzi kushiriki katika shughuli za shule, au kusuluhisha migogoro. Mbali na hayo, ninatoa idhini yangu kwa wafanyakazi wa kliniki ya afya ya shuleni kuangalia rekodi kamili ya shule ya mtoto wangu, ikiwemo mahudhurio, ili kutoa maelezo yanayoweza kusaidia wafanyakazi wa kliniki kumsaidia mtoto wangu. Ninaelewa kuwa Kliniki haitazuia huduma kwa mwanafunzi kwa msingi wa uamuzi wangu wa kutotia sahihi Uthibitishaji huu, ila kwamba ushiriki wa mwanafunzi katika shughuli fulani zinazofadhiliwa na shule unaweza kuwekewa masharti kwa kutia sahihi Uthibitishaji huu.

Uishaji Muda wa Uthibitishaji: Kama ilivyoorodheshwa hapo juu. Ninaelewa kuwa ninaweza kubatilisha Uthibitishaji kwa njia ya maandishi wakati wowote kabla ya tarehe yake ya kuisha muda, isipokuwa kwa kiwango kwamba hatua imechukuliwa na Kliniki kutegemea Uthibitishaji huu, kwa kutuma ubatilishaji wa maandishi kwa mhudumu wa wafanyakazi wa Kliniki. Ninaelewa kuwa PHI inayotolewa na Kliniki inaweza kufichuliwa tena na mpokeaji yeyote na kutolindwa tena na sheria za faragha za shirikisho au jimbo.

Sahihi: _____ **Tarehe:** _____

Sahihi ya Mwanafunzi (ikiwa ana miaka 18 au zaidi au ameachiliwa huru kisheria): _____ **Tarehe:** _____