DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™
DISTRICT OF COLUMBIA CHAPTER

2019 年 3 月 14 日

亲爱的华府公立学校学生、家长/监护人和家人：

在华府公立学校，我们重视学生的健康和身心灵的平衡与和谐（保健）。 我们知道，健康的学生能更好地上学和学习。 我们很高兴地分享：华府公立学校正与当地医生和护士合作开展一个项目，以支持学生的健康和学校出勤。

通过该项目--称为**减少长期缺勤关怀项目**（CARE）或缺勤关怀，父母或监护人可以向华府公立学校授权，与其孩子的医生、护士和医疗工作人员安全地共享出勤信息。 此信息将帮助这些医护专业人员为可能缺勤的学生及其家庭提供特殊的外展和医疗服务。

为什么华府公立学校和当地医生、护士在这个项目上合作？
华府公立学校和当地医疗服务机构或个人共同的目标是让身心健康的儿童每天上学，并准备好学习。但是，对于许多患有诸如哮喘、过敏、镰状细胞性贫血和糖尿病等疾病的学生，这可能困难重重。华府公立学校和当地医生、护士正在合作，看看我们是否可以更好地支持学生的健康和保健，当医生和护士更多地了解学校出勤的时候。 最终，我们希望这将有助于学生提高他们的成绩。

这个项目如何帮助我的孩子？
如果您的孩子可能从学校缺勤，医生、护士及其工作人员可以提供特殊的外展和医疗照顾。例如，您孩子的医生可能会推荐一种新的或不同的药物，以帮助您的孩子感觉更好，并更好地控制您孩子的哮喘、过敏或其他状况。医疗护理团队还可以支持其他常见的上学问题，例如交通或儿童看顾需求。

哪些学校正在参与？
在 2019-2020 学年，这个减少长期缺勤关怀（CARE）项目将在 Bancroft 小学、Cardozo 教育校园、Columbia Heights 教育校园、H.D. Cooke 小学、Marie Reed 小学和Powell 小学继续实施。 选择这些学校是因为这些学校的许多学生在同一医生办公室获得医疗护理。 这使得华府公立学校与那些医生和护士成为紧密的合作伙伴。

如何注册？
要注册，请签署附带的同意书并交回您孩子的学校注册处。

如何了解更多？
如果您有疑问，请与您孩子的学校注册处、学校护士或医疗服务人员联系。您也可以通过 healthservices.dcps@dc.gov 或 202.345.0052 联系华府公立学校健康和保健团队（DCPS Health and Wellness）。 常见问题解答可以在以下网址找到：http://dcps.dc.gov/page/health-and-wellness。

真诚，

Kristen Rowe, MS, RD, LD
卫生服务经理

Ankoor Shah, MD MBA MPH FAAP
主席
美国儿科学会华盛顿分会

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

减少长期缺勤关怀项目同意书

在学校，健康对于成功很重要。 我孩子的学校通过减少长期缺勤关怀项目（CARE）与当地医生和护士合作，以帮助学生在学校保持健康和成功。 请填写以下表格，同意您的孩子参加。

我是_____的父母/监护人。
（学生姓名和出生日期）

通过以下签名，我允许我的孩子参加减少长期缺勤关怀项目（CARE），我同意我孩子的学校或华府公立学校的其他人与我孩子的医生、护士和医务室工作人员分享和讨论我孩子的出勤记录。 这将允许华府公立学校与这些医疗保健专业人员合作，以保持我孩子在学校的健康和成功。

我承认并理解：我有机会审查要共享的记录以及质疑此类记录内容的权利，并且我证明我的孩子至少不满 18 岁。

此授权在我的孩子就读华府公立学校期间持续有效，除非我以书面形式撤回同意。 我可以随时撤回我的同意。 注意：如果华府公立学校希望与我孩子的医疗团队分享或讨论我孩子的学习记录的其他部分，需要我提供个别的同意。

_____ _____
（日期） （家长/监护人签名）

_____
（家长/监护人当前地址）

_____
（家长/监护人联系电话）

拒绝参加

通过以下签名，我拒绝让我的孩子参加减少长期缺勤关怀项目（CARE），我拒绝让我孩子的医生、护士和医务室工作人员分享我孩子的出勤记录。

_____ _____
（日期） （家长/监护人签名）

_____
（家长/监护人当前地址）

_____
（家长/监护人联系电话）

年满 18 岁学生的减少长期缺勤关怀项目同意书

在学校，健康对于成功很重要。我的学校通过减少长期缺勤关怀项目（CARE）与当地医生和护士合作，以帮助学生在学校保持健康和成功。请填写以下表格以表示同意参加。

我是 _____。
（学生姓名和出生日期）

通过以下签名，我同意参加减少长期缺勤关怀项目（CARE），我同意我的学校或华府公立学校的其他人与我的医生、护士和医务室工作人员分享和讨论我的出勤记录。这将允许华府公立学校与这些医疗保健专业人员合作，以保持我在学校的健康和成功。

我承认并理解：我有机会审查要共享的记录以及质疑此类记录内容的权利，并且我声明我至少年满 18 岁。

此授权在我就读华府公立学校期间持续有效，除非我以书面形式撤回同意。我可以随时撤回我的同意。注意：如果华府公立学校希望与我的医疗团队分享或讨论我的学业记录的其他部分，需要我提供个别的同意。

_____ （日期）

_____ （学生签名）

_____ （学生当前地址）

_____ （学生联系电话）

拒绝参加

通过以下签名，我拒绝参加减少长期缺勤关怀项目（CARE），并且我拒绝与我的医生、护士和医务室工作人员分享我的出勤记录。

_____ （日期）

_____ （学生签名）

_____ （学生当前地址）

_____ （学生联系电话）