

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

អាសយដ្ឋាន _____ លេខកូដកំប៉ង់ _____
លេខទូរសព្ទពេលថ្ងៃរបស់ឪពុកម្តាយ _____ សារ/អត្ថបទ យល់ព្រម បានឬចាស/ទេ លេខទូរសព្ទដៃរបស់សិស្ស (សម្រាប់ការរដ្ឋឹក)
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? សូមផ្តិតចំណុចដែលមានទាំងអស់។

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD* | <input type="checkbox"/> មហារីក/ដុំពាក់ | <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"/> ជំងឺប៊ីត | <input type="checkbox"/> បបួរមាត់/ក្រអូមមាត់នៃប | <input type="checkbox"/> ជំងឺអំបើស ឬជំងឺពងបែក | <input type="checkbox"/> បញ្ហាការនិយាយ/ការស្តាប់ |
| <input type="checkbox"/> អការៈនៃជំងឺអូទិហ្ស៊ីម/Asperger | <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូងព័ក់ណើត | <input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម | <input type="checkbox"/> បញ្ហាគ្រោះ/ពោះវៀន |
| <input type="checkbox"/> ពិការភាពព័ក់ណើត | <input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ | <input type="checkbox"/> ជំងឺគ្រុនចាញ់ | <input type="checkbox"/> ជំងឺរលេង |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺឈាម | <input type="checkbox"/> ជំងឺឆ្លុះក្រហម/ប្រកាច់ | <input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម | <input type="checkbox"/> ជំងឺផ្សេងទៀត |

*ជំងឺពិបាកផ្តោតអារម្មណ៍/ជំងឺពិបាកផ្តោតអារម្មណ៍ដោយសារមានភាពសកម្មហួសហេតុ
តើកូនរបស់អ្នកមានបញ្ហាអាឡែហ្ស៊ីណាមួយដែរឬទេ? ពន្យល់ _____
សូមរាយឈ្មោះឱសថដែលកូនរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ _____
តើកូនរបស់អ្នកមានឈឺធ្មេញទេ? បានឬចាស ទេ តើកូនរបស់អ្នកបានទៅជួបពេទ្យធ្មេញដែរឬទេកាលពីឆ្នាំមុន? បានឬចាស ទេ
ប្រសិនបើបានទៅ តើនៅកន្លែងណា? _____
ភាសានិយាយនៅផ្ទះ: _____

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

ចំនួនសមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារសរុប៖ _____	ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំសរុប៖ _____
ឈ្មោះមេគ្រួសារ៖ _____	ទំនាក់ទំនងជាមួយសិស្ស៖ _____

ការយល់ព្រមប្រើប្រាស់កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញកុមាររបស់ Greater Portland Health និងការអនុញ្ញាតឱ្យបង្ហាញព័ត៌មាន

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងយល់ថា៖

- ខ្ញុំបានទទួល និងអានលិខិតជូនឪពុកម្តាយ និងសំណួរដែលសួរព្រឹកញាប់អំពី កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ Greater Portland Health ("GPH") ដែលពន្យល់ថាវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH ហើយសេវាកម្ម និងអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះដែលវាអាចផ្តល់ជូនកូនខ្ញុំ។
- កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH គឺជាអង្គការដាច់ដោយឡែកមួយ ពីសាលា និងពិការិយាល័យគ្រឹះស្ថានបង្ហាញការងារ។ កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH ផ្តល់ជូននូវការវាយតម្លៃអំពីមាត់ធ្មេញ និងការព្យាបាលថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញច្រើនយ៉ាងនៅក្នុងទីកន្លែងតាមសាលាខណៈពេលដែលចូលរួមនៅក្នុងការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលអាចពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំផងដែរ។
- ការយល់ព្រមនេះមានសុពលភាពក្នុងរយៈពេលដែលសិស្សចុះឈ្មោះចូលរៀនជាមួយប្រព័ន្ធសាលា Portland ឬរហូតដល់ពួកគេផ្ទេរទៅសាលាផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ ពីអន្តរវិទ្យាល័យ ទៅវិទ្យាល័យ) ។ នៅពេលសិស្សជាប់កូនរបស់ខ្ញុំផ្តាសំបូរពីអន្តរវិទ្យាល័យ ទៅវិទ្យាល័យ ខ្ញុំត្រូវតែចុះឈ្មោះពួកគេឡើងវិញនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលា ប្រសិនបើខ្ញុំចង់ឱ្យពួកគេបន្តទទួលបានសេវាកម្មជាមួយកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH ។
- ខ្ញុំត្រូវតែនិក្ស និងចុះហត្ថលេខាលើ ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានថែទាំសុខភាពទាក់ទងនឹងការចុះឈ្មោះចូលរៀនរបស់កូនខ្ញុំនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH ។

ខ្ញុំបានអានទម្រង់បែបបទនេះទាំងស្រុង និងយល់ព្រមចុះឈ្មោះសិស្សជាកូនរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញតាមសាលារបស់ GPH នៅពេលនេះ។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អណាព្យាបាល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សរសេរឈ្មោះ៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនង _____