



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE
David Chokshi, MD
Commissioner

NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
EDUCATION
Meisha Porter
Chancellor

OFFICE OF SCHOOL HEALTH

학부모 및 보호자님께,

저희는 귀 자녀의 건강을 매우 중요하게 생각하고 있습니다. 계획하지 않은 임신은 뉴욕시 심대 청소년들이 직면한 심각한 문제입니다. 뉴욕시 공립학교 학생들의 43% 정도가 고등학교를 졸업하기 전에 성생활을 시작합니다. 실제로, 9학년 신입생의 13%는 이미 성경험이 있습니다. 2018년 뉴욕시에서는 18세 미만 여성 중 1,900명 이상, 그리고 18세 및 19세 여성 중 4,600명 이상이 출산이나 임신중절을 하였습니다. 대부분의 이런 임신은 계획에 없던 것입니다. 이러한 심대 임신부의 대부분은 동급생들과 함께 고등학교를 졸업하지 못합니다.

이에 따라 저희 학교 보건 담당실에서는 고등학교 학생들이 필요할 때 쉽게 이용할 수 있는 서비스를 제공하기 위해 C.A.T.C.H.(Connecting Adolescents to Comprehensive Healthcare)라고 불리는 가족계획 프로그램을 2011년부터 제공하기 시작하였습니다. 올해에는 귀 자녀의 학교에서도 CATCH 프로그램이 제공될 예정입니다. 이 서비스는 학교 간호사나 학교 보건의, 또는 임상간호사가 제공합니다. 프로그램은 성병 예방 정보 등의 성 보건 교육이 포함되어 있습니다. 또한 다음과 같은 성 보건 서비스도 포함됩니다: 임신 검사(소변으로 검사하므로 신체검사는 필요하지 않습니다), 호르몬 피임법(피임) 및 응급 피임과 콘돔. 학생들은 이러한 성 보건 서비스를 받기 전에, 이와 같은 서비스를 받는 것에 동의를 표명하는 동의서에 반드시 서명하여야 합니다. 모든 서비스는 비밀이 유지되며 무료로 제공됩니다.

뉴욕에서는 학부모의 동의 없이 미성년자들이 성 보건 서비스를 제공받을 수도 있습니다. CATCH 서비스는 학교에서 제공되므로, 자녀가 이 서비스를 받는 것을 원하지 않으시는 부모님들은 본 통신문 하단 작성 후 학교장에게 제출 하여 거부("자녀를 서비스에서 제외")하실 수 있습니다. 자녀를 제외시키지 않으시면, 귀 자녀는 본인이 선택할 경우 이러한 성 보건 서비스를 받을 수 있습니다. 단, 18세 이상 자녀나 이미 부모가 된 자녀, 법적으로 독립한 자녀 및 비상상황에 처한 자녀 등의 기타 상황에서는 부모님이 자녀를 서비스에서 제외시킬 수 없음을 유념 하십시오. 모든 학생들은 부모님께서 선택하신 성 보건 서비스 제외 여부에 관계없이 보건 교육 및 성 보건 서비스에 의뢰될 수 있다는 점도 알고 계시기 바랍니다. 저희는 모든 가정에서 전반적인 건강 생활의 일환으로 자녀와 성 보건에 관한 대화를 나누시기를 적극 권장합니다.

저희는 이 프로그램을 통해 학생들에게 피임 교육을 제공하고 학생들이 더욱 책임 있는 선택을 하는데 도움이 되기를 바라는 바입니다.

안녕히 계십시오.

Tracy Agerton

Tracy Agerton
학교 보건 담당실, 디렉터

Christopher Groll

Christopher Groll
학교 보건 담당실, 디렉터

자녀가 CATCH 프로그램(소변으로 검사하므로 신체검사가 필요 없는 임신 검사와 호르몬 피임법 및 응급피임과 콘돔)과 관련하여 제공되는 성 보건 서비스를 받는 것을 **원치 않을 경우** 하단을 작성하시고 이 부분에 서명하신 후 이 부분을 "CONFIDENTIAL"이라고 적힌 봉투에 넣어 교장 선생님께 제출하십시오.

저는 _____ 학생의 학부모/보호자입니다. 생년월일: _____

ID # _____, _____
9-자리 공립학교 식별 # _____ 고등학교 이름 _____

저는 제 자녀 학교의 학교 보건 담당실에서 제공되는 성 보건 CATCH 프로그램에 대한 통지문을 읽어보았습니다. 저는 제 자녀가 학교에서 제공하는 성 보건 서비스를 받는 것을 **원치 않습니다**. 모든 학생들은 성 보건 케어를 위한 교육 및 의뢰를 받을 수 있다는 점을 알고 있습니다.

학부모/보호자 서명 _____ 날짜: _____