

مدارس توليدو الحكومية

رقم الفاكس _____ 419-671-

تفويض قانون التأمين الصحي وقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) لإعطاء المعلومات المتعلقة بالصحة والتعليم

اسم المريض/الطالب _____ تاريخ الميلاد _____

إنني أذن بموجب هذه _____
(اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية)

و _____ (رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية) (رقم فاكس مزود الرعاية الصحية)
و _____ (اسم وعنوان مسؤول المدرسة) لتبادل المعلومات المتعلقة بالصحة والتعليم
(عنوان وهاتف المدرسة/منطقة المدرسة)

المعلومات / السجلات للغرض المذكور أدناه.

عزيزنا مقدم الرعاية الصحية المحترم:

تتكون المعلومات التي سيتم الكشف عنها مما يلي (في غضون الاثني عشر شهرا الماضية):

التقييمات ونتائج الاختبار القياسية والتقييمات النفسية والاستشارات المتعلقة بطب الأطفال وبيانات المراقبة والحساسية والمعلومات الطبية و / أو التشخيص.

وسوف تستخدم هذه المعلومات للغرض (الأغراض) التالية:

1. التقييم والتخطيط الصحي لخدمات الرعاية الصحية والعلاج في المدرسة.
2. إنني أدرك أن أي إفصاح عن المعلومات يحمل معه إمكانية إعادة الكشف غير المصرح به، وأن المعلومات قد لا تكون محمية بموجب قواعد السرية الفدرالية.
3. إن المعلومات التي يتم الكشف عنها بموجب الإذن قد تخضع لإعادة الإفصاح من قبل المتلقي.
4. يمكن أن تتضمن المعلومات الواردة في سجلي الصحي معلومات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسيا والسل والتهاب الكبد B ونقص المناعة المكتسب (الإيدز AIDS) وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV). وقد تتضمن معلومات عن خدمات الصحة السلوكية أو النفسية وعلاج تعاطي الكحول والمخدرات.
5. غير ذلك _____

تفويض:

إن هذا التفويض صالح لمدة سنة تقويمية واحدة. تنتهي صلاحية هذا التفويض في _____ (التاريخ). إنني أدرك أنه يمكنني أن ألغي هذا الإذن في أي وقت عن طريق إرسال إشعار كتابي بسحب موافقتي. أدرك أنه بمجرد استلام المنطقة التعليمية لهذه القيود فإنها لا تكون محمية بموجب قانون الخصوصية (HIPAA). كما أنني أفهم أنه إذا رفضت التوقيع، فإن هذا الرفض لن يحول دون قدرة طفلي في الحصول على الرعاية الصحية.

التاريخ: _____

توقيع الوالد/الوصي _____

نسخة إلى:

الوالد/الوصي:

الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر الذي يكشف عن المعلومات الصحية المحمية
مسؤول المدرسة الذي طلب/استلم المعلومات الصحية الآخر الذي يكشف عن المعلومات الصحية المحمية

تم تعديلها في:

15/8/9