

Toledo 公立學校

傳真號碼419-671-_____

符合健康保險便利和責任法案 (HIPAA) 規定之健康及教育資訊釋出授權

病患/學生姓名_____ 出生日期_____

本人在此授權_____

(醫療服務提供者姓名及頭銜)

(醫療服務提供者地址) (醫療服務提供者電話號碼) (醫療服務提供者傳真號碼)
還有_____ (學校官方人員姓名及頭銜) 按照下列目的
_____ (學校/學區地址及電話)

交換健康及教育資訊/紀錄

醫療服務提供者您好：

本人欲透露的資訊包含以下部分 (過去十二個月內的)：

評估、標準化測驗結果、心理評估、小兒科諮詢、觀察性數據、過敏、醫療資訊及/或診斷結果。

該資訊會使用於以下目的：

1. 健康評估及為學校提供的醫療服務與治療進行計畫。
2. 本人了解任何透露的資訊，隨之有可能遭致資訊在未授權的情況下再次透露，而且該資訊可能不會受到聯邦保密條款所保護。
3. 按照本授權透露的資訊可能會遭受收受方的再次揭露。
4. 本人健康紀錄的資訊可能包含性傳染病、肺結核、B型肝炎、愛滋病、愛滋病毒等相關資訊。紀錄中可能包含有關行為或精神醫療照護及酒精與藥物濫用治療的資訊。
5. 其他_____

授權

此次授權，有效期限為一個日歷年，並截止於_____ (日期)。本人了解，本人能提交撤回同意的書面通知來隨時撤回本授權。本人知道學區一旦收到這些紀錄，該紀錄有不受到HIPAA隱私權法案保護的可能性。本人亦了解如果我拒絕簽署，這樣並不會影響自己孩子接受醫療照護的能力。

父母/合法監護人簽名

日期

副本送交至： 家長/監護人
釋出保護範圍下健康資訊的醫生或其他醫療服務提供者
要求/接收保護範圍下健康資訊的學校官方人員