

**SHKOLLAT PUBLIKE WORCESTER
DEPARTMENTI I INFERMIERIS**

HIPAA-Autorizim i Bindur per Shkembim te Informacionit te Shendetit

Emeri Pacientit/Studenti: _____ **Data e Lindjes:** _____

I qe tani autorizoj _____ (vendos emerin e kujdesesit shendetesor & titull)

dhe _____ Infermieren e shkolles/mjekun e shkolles per shkembim te dhena/informacion shendetesor per qellim te listes me poshte

_____ (vendos adresen&telefonin e shkolles/shkolles se qarkut)

_____ (vendos adresen&telefonin e pajisesit te kujdesit shendetesor)

Pershkrim:

Konsistoj te hap informacionet e shendetit si:

1. Vaksinat
2. Bashkebisedim Telefonik
3. Informacione mjeksore qe duhen per kujdesjen e studentit ne shkolle
4. E kaluara ose e tanishmja e konditave shendetesore dhe ndikimi qe ka ne mungesa. Atletik, programming e shkolles ,ose therapi
5. Tjeter: _____

Qellimi: Ky informacion do te perdoret per qellim te meposhtem:

- Vezhgim edukimi dhe programim plani
- Vleresim te shendetit dhe planifikim te sherbimit te kujdesjes shendetesore dhe trajtimit ne shkolle
- Vleresim te mjeksis dhe trajtim
- Tjeter: _____

Autorizim

Ky autorizim eshte i vlefshem per nje kalenar vjetor.Do te skadoj _____(vendos daten). Une kuptoj qe mund te anulloj kete autorizim ne cdo kohe duke dorezuar shenim me shkrim per terheqje me lejen time. Une di se te dhenat shendetesore, qe jane marre nga shkolla perkatese mund te mos jene te mbrojtura nga HIPAA Rregull Privat,por do te behen te dhena educative te mbrojtura nga te Drejtat Edukative Familjare dhe Akt Privat.Unë kuptoj gjithashtu se n.q.se kundershtoj te firmos, ky refuzim nuk do te ndikoj ne aftesin e femijes tim te marre kujdesjen shendetesore.

Firma e Prinderit

Data

Firma e Studentit

Data

Copje: Prinder ose student*

Mjek ose tjete pajises i kujdesjes shendetesore ne leshimin e mbrojtjen e informacioneve shendetesore

Infermiera e Shkolles kerkon/merr dhe mbron informacionet shendetesore