

مدارس وستر الرسمية قسم التمريض

التصريح لتبادل المعلومات الصحية المتوافق مع قانون النقل والمحاسبة للتأمين الصحي - HIPAA

اسم المريض / التلميذ: _____ تاريخ الولادة: _____

أمنح بموجب هذا التصريح الى _____ (أدرج اسم ولقب مقدم الرعاية الصحية)

و _____ الممرضة في المدرسة أو الطبيب في المدرسة الإذن لتبادل المعلومات أو السجلات الصحية للغرض المذكورة أدناه.

(أدرج عنوان وهاتف المدرسة أو المقاطعة المدرسية)

(أدرج عنوان وهاتف موقر الرعاية الصحية)

الوصف:

تتكوّن المعلومات الصحية التي سيتم الإفصاح عنها:

1. اللقاحات
2. الأحاديث الهاتفية
3. المعلومات الصحية الضرورية لتقديم الرعاية للتلميذ في المدرسة
4. الحالات الصحية السابقة والحالية والتأثير المحتمل على الحضور المدرسي، أو الألعاب الرياضية، أو البرامج المدرسية، أو العلاج (العلاجات)
5. معلومات أخرى: _____

الغرض: سيتم استخدام هذه المعلومات للغرض التالي (الأغراض التالية):

- التقييم التعليمي والتخطيط للبرامج
- التقييم الصحي والتخطيط لخدمات الرعاية الصحية والعلاج في المدرسة
- التقييم الطبي والعلاج
- غرض آخر: _____

التصريح

هذا التصريح صالح لسنة تقويمية واحدة. سوف تنتهي صلاحيته بتاريخ _____ (أدرج التاريخ). إننا أفهم أنه بإمكانني إلغاء هذا التصريح في أي وقت من خلال تقديم إشعار خطي بسحب موافقتي. أنا أدرك أنه عند استلامها من قبل المقاطعة المدرسية، قد لا تكون السجلات الصحية محمية من خلال قاعدة HIPAA المتعلقة بالخصوصية (HIPAA Privacy Rule)، بل سوف تصبح سجلات تربية محمية من خلال قانون الحقوق التعليمية والخصوصية للأسرة (Family Educational Rights and Privacy Act). أنا أفهم أنه إذا رفضت التوقيع، لن يعرف ذلك الرضا قدرة طفلي على الحصول على الرعاية الصحية.

التاريخ

توقيع ولي الأمر

التاريخ

توقيع التلميذ

نسخ:

ولي الأمر أو التلميذ*
الطبيب أو مقدم آخر للرعاية الصحية الذي يُفصح عن المعلومات الصحية المحمية
الممرضة في المدرسة التي تطلب أو تستلم المعلومات الصحية المحمية

استمارة الإفصاح عن المعلومات الطبية