

HIPAA-स्वास्थ्य जानकारीको आदान-प्रदानको लागि आज्ञाकारी प्राधिकरण

बिरामी/विद्यार्थीको नाम: _____ जन्म मिति: _____

मैले यसद्वारा अधिकार पाए _____ (स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकको नाम र शीर्षक लेख्नुहोस्)

साथै _____ स्वास्थ्य आदान-प्रदान गर्नको लागि स्कूलको नर्स/चिकित्सक तल सूचीबद्ध गरीएका उद्देश्यको गि जानकारी/रेकर्डहरू

_____ (विद्यालय/विद्यालय जिल्लाको ठेगाना तथा टेलिफोन लेख्नुहोस्)

_____ (स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकको ठेगाना तथा टेलिफोन लेख्नुहोस्)

विवरण:

स्वास्थ्य जानकारीलाई यो अनुसार प्रकट गरिएको हुनुपर्छ:

1. खोपहरू
2. टेलिफोन कुराकानीहरू
3. विद्यालयमा विद्यार्थीको लागि स्याहार गर्न आवश्यक भएको चिकित्सा सम्बन्धी जानकारी
4. विगतका चा वर्तमानका चिकित्सा अवस्थाहरू तथा यो सँग उपस्थितिमा, खेलकूदहरूमा, विद्यालयमा हुन सक्ने प्रभाव कार्यक्रमहरू वा थेरापी(हरू) गर्ने।
5. अन्य: _____

उद्देश्य: यस जानकारीलाई निम्न प्रयोजन(हरू) का लागि प्रयोग गरिएको हुनेछ:

- शैक्षिक मूल्याङ्कन तथा कार्यक्रमको योजना बनाउने
- विद्यालयमा स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू तथा उपचारको लागि स्वास्थ्य मूल्याङ्कन तथा योजना बनाउने
- चिकित्सा मूल्याङ्कन तथा उपचार
- अन्य: _____

प्रमाणीकरण

यो प्रमाणीकरण एक पात्रो वर्षको लागि मान्य छ। यो _____ (मिति लेख्नुहोस्) मितिमा म्याद समाप्त हुनेछ। मैले बुझेको छु कि मैले यस प्रमाणीकरणलाई मेरो मञ्जुरी फिर्ताको लिखित सूचना पेश गरेर कुनै पनि समयमा रद्द गर्न सक्छु। मैले पहिचान गरेको छु कि विद्यालय जिल्लाद्वारा एकपटक प्राप्त भएको स्वास्थ्य रेकर्डहरू HIPAA को गोपनीयता नियमद्वारा संरक्षित हुनसक्दैन तर पारिवारिक शैक्षिक अधिकारहरू तथा गोपनीयता ऐनद्वारा संरक्षित भएका शिक्षा अभिलेखहरू बन्नेछन्। म यो पनि बुझेको छु कि यदि मैले हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गरें भने, त्यस्ता अस्वीकार कार्य स्वास्थ्य स्याहार प्राप्त गर्न मेरो बच्चाको क्षमतासँग हस्तक्षेप हुनेछैन।

आमाबुबाको हस्ताक्षर

मिति

विद्यार्थीको हस्ताक्षर

मिति

प्रतिलिपिहरू: आमाबुवा वा विद्यार्थी*

चिकित्सक वा अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकले संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी प्रकाशन गरिरहेका छन्
स्कूल नर्सले संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीलाई अनुरोध/प्राप्त गरिरहेका छन्