

# SỞ HỌC CHÁNH WORCESTER SỞ ĐIỀU DƯỠNG

## HIPAA-Thỏa thuận ủy quyền trao đổi thông tin y tế

Tên bệnh nhân/học sinh: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tôi xin ủy quyền cho \_\_\_\_\_ (điền tên & chức danh của chuyên gia cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe) và \_\_\_\_\_ Y tá nhà trường/Nhân viên y tế nhà trường để trao đổi các thông tin/hồ sơ y tế phục vụ cho mục đích dưới đây.

\_\_\_\_\_ (điền địa chỉ & số điện thoại của trường/học khu)

\_\_\_\_\_ (điền địa chỉ & số điện thoại của chuyên gia cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe)

### Mô tả:

Các thông tin y tế cần làm rõ bao gồm:

1. Hồ sơ tiêm chủng
2. Các cuộc trao đổi qua điện thoại
3. Thông tin y tế cần thiết để chăm sóc sức khỏe cho học sinh tại trường
4. Các bệnh mắc phải trước đây hoặc hiện tại và ảnh hưởng của bệnh đến sự chuyên cần, sự tập luyện các môn thể thao, chương trình học tại trường, hoặc (các) phương pháp trị liệu.
5. Khác: \_\_\_\_\_

### Mục đích: Thông tin này sẽ được sử dụng cho (các) mục đích sau:

- Đánh giá học tập và dự kiến chương trình học
- Đánh giá sức khỏe và dự kiến các dịch vụ điều trị cũng như chăm sóc sức khỏe tại trường học
- Đánh giá và điều trị y khoa
- Khác: \_\_\_\_\_

### Ủy quyền

Sự ủy quyền này có hiệu lực trong vòng một năm. Sự ủy quyền này sẽ hết hiệu lực vào ngày \_\_\_\_\_ (điền ngày tháng). Tôi hiểu rằng tôi sẽ hủy bỏ ủy quyền này khi tôi gửi thông báo viết tay yêu cầu rút lại thỏa thuận của tôi. Tôi đồng ý rằng các hồ sơ y tế, một khi đã nộp cho học khu, có thể không được bảo hộ theo Nguyên tắc quyền riêng tư của HIPAA, nhưng sẽ trở thành hồ sơ học tập được bảo hộ bởi Đạo luật Quyền riêng tư và Quyền giáo dục của Gia đình. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi từ chối ký vào đây, tôi sẽ không làm ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận dịch vụ chăm sóc y tế dành cho con tôi.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký phụ huynh

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký học sinh

\_\_\_\_\_  
Ngày

Bản sao: Phụ huynh hoặc học sinh\*

Nhân viên y tế hoặc chuyên gia cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp thông tin y tế được bảo mật, Y tá nhà trường yêu cầu/tiếp nhận thông tin y tế được bảo mật