



Сургалтын Дүнгийн Тайлан, Эрүүл мэндийн мэдээллийг ашиглах, задлах зөвшөөрөл

Өвчтөн / оюутны нэр: \_\_\_\_\_ Төрсөн он сар өдөр: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Би үүгээр зөвшөөрч байна: \_\_\_\_\_

Утасны дугаар: \_\_\_\_\_

(Дүнгийн тайланг задлах эрх бүхий хүний нэр, хаяг, утасны дугаар)

Хамгаалагдсан эрүүл мэндийн мэдээлэл болон сургалтын дүнгийн тайланг дараах хүмүүст ил болгохыг \_\_\_\_\_

Утасны дугаар: \_\_\_\_\_

Дүнгийн тайланг задлах эрх бүхий хүний нэр, хаяг, утасны дугаар)

<input type="checkbox"/> Дээр дурдсан талуудад харилцан мэдээлэл солилцох эрх олгосон эсэхийг <b>шалгана уу.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Бүх байнгын мэдээллүүд</b> (үндсэн мэдээлэл байх боловч үүгээр хязгаарлагдахгүй, сургалтын дүнгийн жагсаалт, ирцийн бүртгэл, эрүүл мэндийн бүртгэл, бүх улсын шалгалтын оноо	<input type="checkbox"/> <b>Бүх байнгын бус мэдээллүүд</b> (үүнд улсын шалгалтын үнэлгээ, сахилга бат, эрүүл мэндийн тайлан, ослын тухай мэдээлэл, шинжилгээний хариу, дүнгийн жагсаалт, явцын тайлан мэдэгдэл, тусгай боловсролын тайлан, 504 хөтөлбөрийн г.м хязгаарлагдахгүй)
--	---	---

**Бүх тайланг биш бол доорх сонголтоос хамааралтай бүх зүйлийг сонгоно уу.**

<b>Боловсролын талаарх мэдээлэл:</b> ___ Дүнгийн жагсаалт / улирлын тайлан / Дүнгийн хуудас ___ Сэтгэлзүйн үнэлгээ ___ Хэл яриа, хэлний мэдлэгийн үнэлгээ / тайлан ___ Боловсролын үнэлгээ (орон нутгийн ба мужын) ___ IEP's / 504 төлөвлөгөө / хөтөлбөрт хамрагдсан тухай баримт бичиг ___ Эрүүл мэндийн түүх ___ Мэргэжлийн эмчилгээний үнэлгээ / тайлан ___ Физик эмчилгээний үнэлгээ / тайлан ___ Нийгмийн үнэлгээ / түүх ___ Сэтгэл мэдрэлийн үнэлгээ ___ Туслагч технологийн мэдээлэл ___ Зан төлөв / сахилга баттай холбоотой мэдээлэл ___ Зөвхөн ___ / ___ / ___ - аас ___ / ___ / ___ хүртэлх хугацааг хамарсан мэдээлэл	<b>Мансууруулагч бодисын хэрэглээний талаархи мэдээлэл:</b> Эмнэлгийн мэдээлэл: ___ Өвчний түүх ___ Эмчилгээний төлөвлөгөө ___ Дархлаажуулалтын бүртгэл ___ Эмчилгээний үнэлгээ ___ Сургуулийн биеийн ерөнхий үзлэгийн тайлан ___ ТВ болон бусад шинжилгээний хариу ___ Эмийн бүртгэл ___ ХДХВ-ийн мэдээлэл ___ Тугалгын шинжилгээ ___ Шүд ___ Зөвхөн ___ / ___ / ___ - аас ___ / ___ / ___ хүртэлх хугацааг хамарсан мэдээлэл	<b>Сэтгэцийн эрүүл мэндийн талаархи мэдээлэл:</b> ___ Эмчилгээний төлөвлөгөө ___ Сэтгэцийн дүгнэлт ___ Сэтгэлзүйн дүгнэлт ___ Сэтгэл мэдрэлийн үнэлгээ ___ Клиникийн үнэлгээ ___ Эмчилгээний тэмдэглэл ___ Клиникийн тэмдэглэл ___ Эмийн бүртгэл ___ Эмнэлгээс гаргах тухай бичиг ___ Нийгмийн үнэлгээ / түүх ___ Зөвхөн ___ / ___ / ___ - аас ___ / ___ / ___ хүртэлх хугацааг хамарсан мэдээлэл
--	--	--

**Мансууруулагч бодисын талаархи мэдээлэл:**  
 \_\_\_ Мансууруулагч бодисыг хэрэглэж байсан түүх \_\_\_ эмнэлгээс гарах/ дараагийн төлөвлөгөө \_\_\_ Эмчилгээ, оролцоо, явц

Энэ зөвшөөрөл календарийн нэг жилийн хугацаанд хүчинтэй бөгөөд \_\_\_\_\_ -д дуусна. Би зөвшөөрлөө цуцлах тухай мэдэгдлийг бичгээр өгсөн тохиолдолд энэ зөвшөөрлийг хэзээ ч цуцалж болно гэдгээ ойлгож байна. Энэ зөвшөөрлийг хүчингүй болгосноор миний зөвшөөрлөөс шалтгаалан сургуулийн Дүүрэг эсвэл эрүүл мэндийн байгууллагаас авсан үйл ажиллагаа үр дүнгүй байх болно гэдгийг би ойлгож байна. Тайлангийн мэдэгдлийг задруулах эрх олгохгүй байх нь миний хүүхдийн боловсрол болон / эсвэл эмчилгээнд сөргөөр нөлөөлж болзошгүйг би ойлгож байна.

Эрүүл мэндийн тайланг Дүүрэг хүлээн авсанаар HIPAA-ийн нууцлалын хуулийн дагуу хамгаалагдахгүй байж болох ч Гэр Бүлийн Боловсролын Эрх, Нууцлалын тухай хуулиар боловсролын дүнгийн тайланг хамгаалах болно гэдгийг би хүлээн зөвшөөрч байна. Хэрэв би гарын үсэг зурахаас татгалзсан тохиолдолд миний хүүхэд эрүүл мэндийн үйлчилгээ авахад саад болохгүй гэдгийг би мөн ойлгож байна. Мөн боловсролын дүнгийн тайланг шалгах, хуулбарлах, агуулгын талаар асуух эрхтэй гэдгээ ойлгож байна.

\_\_\_\_\_  
Эцэг Эхийн нэр (Үсгээр бичих) \_\_\_\_\_ Эцэг Эхийн гарын үсэг \_\_\_\_\_  
Огноо \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Сурагчийн гарын үсэг \_\_\_\_\_  
(Хэрэв сурагч 12-оос дээш настай бол \_\_\_\_\_  
мөн сэтгэцийн эрүүл мэндийн тайлан авахаар зөвшөөрөл хүсэж байгаа бол ) \_\_\_\_\_  
Огноо \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Гэрчийн нэр (үсгээр бичих) \_\_\_\_\_ гарын үсэг \_\_\_\_\_  
(Хэрэв сурагч 12-оос дээш настай бол \_\_\_\_\_  
мөн сэтгэцийн эрүүл мэндийн тайлан авахаар зөвшөөрөл хүсэж байгаа бол ) \_\_\_\_\_  
Огноо \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_