SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

授權使用或公開健康資訊

完成以下這份文件就是授權公開以及/或使用個人可辨識的健康資訊，這與加州和聯邦法律針對這類資訊的隱私考量一致。沒有完整提供所需的所有訊息會使這項授權無效。我有權收到這份授權的影本。需要在這份授權書上簽名，這樣學生在學校才能獲得適當的服務。

使用及公開訊息

家長/學生姓名: _____ _____

姓 名 中間名 出生年月日

我，如下面簽名，授權（單位以及/或醫護人員的名字）：

(1) _____ (2) _____

提供上述學生醫療紀錄的健康資訊給以下：

San Mateo Union High School District **650 North Delaware St. , San Mateo, CA 94401**

資訊提供給學區 地址/城市以及州/郵遞區號

Sara Devaney, Health Services Manager **650-558-2222 (保密傳真 650-762-0250)**

學區的聯絡人員 區域號碼以及電話號碼

因為以下原因需要公開健康資訊：

_____

需要的資訊要受限於：□ 所有的健康資訊或 □ 如所述的特定疾病訊息：

_____

期間：這份授權會立即生效，有效期間到_____ (填寫日期) 或如果沒有填寫日期，有效期間為從簽名日期起一年內。

限制： 加州法律禁止學區進一步公開我的健康資訊除非學區取得我的另一份授權、或除非這樣的公開是法律特別需要或允許的。我了解學區會保護這份資訊，如同家庭教育隱私權法（Family Educational Rights Privacy Act (FERPA)）以及加州法律所述，而且這份資訊會成為學生教育資料的一部分。這份資訊會以提供安全、恰當以及最低限度教育限制以及學校健康服務和計劃的前提，分享給在學區工作或與學區合作的個人。*如果你搬到其它學區，記錄會被自動轉到該學區。*

你的權利：我了解關於這份授權我有以下的權利：*我可以隨時撤回這項授權。我的撤回要以書面方式提出，由我本人或我的代表簽名，並且送給上述的醫療單位/個人。我的撤回要求會於對方收到時生效，但是對於學區或其它根據這份授權已經採取的行動無法生效。*

同意： _____ _____ _____

印刷體名字 簽名 日期

_____ _____

與家長/學生的關係 區域號碼及電話號碼