

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ HỒ SƠ HỌC TẬP CỦA HỌC SINH CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Tôi theo đây yêu cầu và cho phép các Trường Quận Guilford tiết lộ các hồ sơ và/hoặc thông tin sau đây cho những người chăm sóc sức khỏe/sức khỏe tâm thần, liệt kê bên dưới đây và miễn trừ mọi bảo vệ theo quy định của Đạo Luật về Quyền Giáo Dục Gia Đình và Thông Tin Riêng Tư (Family Educational Right and Privacy Act, hay "FERPA") hoặc các luật khác liên quan đến giữ kín đáo thông tin về việc khai trình những hồ sơ này cho mục đích giới hạn này, cho phép trình những hồ sơ này cho người chăm sóc dịch vụ y tế/sức khỏe tâm thần đã nêu, người cung cấp cho Bệnh Nhân bất cứ loại chăm sóc sức khỏe nào (gọi là "Người Chăm Sóc" hoặc "Những Người Chăm Sóc"). Tôi được ủy quyền cho phép tiết lộ thông tin như nêu bên dưới đây:

Bệnh Nhân Họ Tên Bệnh Nhân: Ngày Sinh: _____

Thông Tin Được Cho Phép. Thông tin được tiết lộ và/hoặc bàn thảo (gọi là "Thông Tin Được Cho Phép") là:

_____ Tiết Lộ Không Hạn Chế	_____ Thử Giác, Các Kết Quả Thử Nghiệm	_____ Hồ Sơ ADHD
_____ Tiểu Sử Phát Triển Xã Hội	_____ Hồ Sơ Chăm Sóc Đặc Biệt của Trẻ	_____ Thử Nghiệm Phát Âm/Ngôn Ngữ
_____ Thỉnh Giác/Thỉnh Học	_____ Hồ Sơ liên quan đến Vấn Đề Hành Vi	
_____ Thuốc Dùng Hiện Tại	_____ Hồ Sơ Học Tập	_____ Khác _____

Tiết Lộ Không Hạn Chế nghĩa là bất kỳ và tất cả thông tin và hồ sơ liên quan đến Bệnh Nhân, gồm bất kỳ và tất cả các thông tin liên quan đến giáo dục hay sức khỏe thể chất hoặc tâm thần hoặc bệnh trạng trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai của Bệnh Nhân; việc cung cấp các dịch vụ học tập cho Bệnh Nhân, gồm các thông tin này trong bất kỳ dạng nào, *dù trên bản giấy, bản điện tử, giao tiếp bằng lời nói hay dạng khác.*

Bên Được Tiết Lộ Thông Tin: Những người chăm sóc được yêu cầu và cho phép tiết lộ và bàn thảo Thông Tin được Cho Phép cho và với bên nêu dưới đây *nếu và bất cứ khi nào bên này có thể yêu cầu Thông Tin được Cho Phép vì bất kỳ lý do gì:*

Những Người Chăm Sóc cho Bệnh Nhân:

Tôi cũng cho phép Những Người Chăm Sóc và đại diện của GCS bàn thảo về bệnh nhân và hồ sơ của bệnh nhân qua điện thoại hoặc trực tiếp để chia sẻ các bản sao của những hồ sơ liên quan khi phù hợp.

Mục Đích Tiết Lộ. Cho các vấn đề liên quan đến, thuộc về hay từ các hoạt động ở trường học của Bệnh Nhân.

Ngày hết hạn. Giấy cho phép này hết hạn vào ngày _____ trừ khi bị thu hồi hợp lệ trước ngày này.

Vấn Đề Phụ Trối. Tôi hiểu rằng:

- Giấy cho phép này bao gồm bất kỳ Thông Tin được Cho Phép nào liên quan đến bệnh hoặc bệnh trạng truyền nhiễm (bao gồm cả HIV, AIDS, các bệnh liên quan đến AIDS và bệnh lây truyền qua đường tình dục), lạm dụng ma túy hoặc rượu, hoặc bệnh tâm thần, khuyết tật phát triển hoặc lạm dụng dược chất (bao gồm thông tin theo GS 130A-134, GS 122C-52 hoặc 42 CFR, Phần 2).
- Giấy phép áp dụng rộng rãi cho Thông Tin được Cho Phép được Người Chăm Sóc lấy từ nguồn khác.
- Thông Tin được Cho Phép đã tiết lộ có thể bị người nhận tiết lộ lại cho người khác và không còn được bảo vệ theo luật, gồm cả các luật liên bang về thông tin riêng tư.
- Người chăm sóc không được ra điều kiện chữa trị cho Bệnh Nhân cho dù tôi có ký tên vào giấy cho phép này hay không và tôi có thể từ chối ký tên vào giấy cho phép này.
- Thông Tin được Cho Phép không bao gồm "ghi chú trị liệu tâm lý" vì thuật ngữ này được định nghĩa theo HIPAA.
- Tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào trừ khi Người Chăm Sóc đã khởi kiện dựa theo giấy cho phép này. Giấy yêu cầu thu hồi phải thực sự được gửi đến Người Chăm Sóc thì mới có hiệu lực.

Tôi tự nguyện và chủ đích thực hiện Giấy Cho Phép này, và hiểu rằng tôi có tất cả thẩm quyền không thực hiện nếu tôi muốn.

Chữ Ký Người Đại Diện Cá Nhân của Bệnh Nhân

Ngày:

Tên của Người Đại Diện (viết chữ in)

Mô Tả Thẩm Quyền thay cho Bệnh Nhân của Người Đại Diện