

**FOLSOM CORDOVA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**Health Programs / Программы в области здравоохранения**

**AUTHORIZATION FOR EXCHANGE OF CONFIDENTIAL INFORMATION  
АВТОРИЗАЦИЯ ДЛЯ ОБМЕНА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ**

**Russian copy**

Кому: Имя/фамилия врача: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_

Разрешение родителей/опекунов:

Это разрешение остаётся в силе не более чем на один год от даты подписания. Я настоящим прошу и уполномочиваю обмен информацией и/или выдачу следующих записей, относящихся к моему ребенку между вами и специалистами из Фолсом Кордова Объединённого Школьного Округа. Я понимаю, что у меня есть право получить копию такого разрешения, и у меня есть право отказаться подписать эту форму. Я понимаю, что я могу отозвать или изменить свое согласие в любое время путем предоставления письменного уведомления. Письменный отзыв будет эффективным после получения, но не применяется к информации, которая уже была выдана в ответ на это разрешение. Я понимаю, что эта информация о здоровье используются или раскрыта в соответствии с этой авторизации и может быть объектом перевыдачи получателем; она больше не защищена федеральными законами и положениями, касающимися конфиденциальности защиты медицинской информации. Я также понимаю, что конфиденциальность информации, когда она выдана агентству общественного образования, охраняется как запись конфиденциальности учащихся согласно Закона о Правах Семьи на Образование и Конфиденциальность (FERPA).

Печатными имя и фамилия родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

ДАННЫЕ УЧЕНИКА/ЦЫ: Имя/фамилия уч.: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Школа: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Медицинский провайдер: \_\_\_\_\_

Медицинский идентификационный номер: \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ И/ИЛИ ТРЕБУЕМЫЕ ЗАПИСИ:** При выдаче информации должны быть ограничены медицинские данные и/или диагноз состояния здоровья, так как это забота о моём ребенке во время посещения Фолсом Кордова Объединённого Школьного Дистрикта.

**ЦЕЛЬ, ДЛЯ КОТОРОЙ ИНФОРМАЦИЯ НЕОБХОДИМА:** Планировать и осуществлять соответствующие образовательные программы для учащихся в безопасной среде, принимая во внимание любые медицинские ограничения.

**ВОЗВРАТИТЕ ПО АДРЕСУ:** Health Programs, Folsom Cordova Unified School District  
1965 Birkmont Dr., Rancho Cordova, CA 95742  
Phone: (916) 294-9013 Fax: (916) 294-9024