

CORPORATION SCOLAIRE DE LAFAYETTE
AUTORISATION DE DIVULGATION
INFORMATIONS DE SANTÉ PROTÉGÉES
ET LES DOSSIERS ACADÉMIQUES

Étudiant: _____
Date de naissance: _____ Adresse: _____
Téléphone: _____

1. Cette autorisation de divulgation d'informations de santé protégées est donnée conformément à la loi sur la portabilité et la responsabilité de l'assurance maladie de 1996 (« HIPAA »), aux réglementations associées qui régissent la confidentialité des informations de santé identifiables individuellement (45 C.F.R § 164.500 et suivants, tel que modifié), et conformément à la loi applicable de l'Indiana.
2. Vous êtes par la présente autorisé à divulguer et à divulguer aux agents désignés de Lafayette School Corporation, 2300 Cason Street, Lafayette, IN 47904 ce qui suit:

Les documents relatifs à _____ comme indiqué ci-dessous:

_____ Dossiers de santé et d'immunisation en milieu scolaire	_____ Plan d'enseignement individualisé (PAI)
_____ Note(s) de visite au bureau	_____ Régime de santé individuel (PIA)/Plan d'action
_____ Médicament(s) actif(s)	_____ Plan Individuel Linguistique (PAI)
_____ Tests psychologiques	_____ Évaluations psychoéducatives
_____ Note(s) thérapeutique(s)	_____ Comportement en classe
_____ Résumés des conférences de cas	_____ Dossiers de réussite scolaire

Autre: _____

Je comprends que les informations de santé protégées contenues dans _____ medical dossier peuvent inclure des informations relatives à Maladies transmissibles dangereuses, y compris le syndrome d'immunodéficience acquise (AIDS) ou le virus de l'immunodéficience humaine (HIV). Il Peut également inclure des informations sur les services de santé comportementale ou mentale, et le traitement de la dépendance à l'alcool et aux drogues.

Signature du patient/tuteur légal _____

3. La divulgation ci-dessus est faite aux fins du traitement de l'étudiant.
4. Je comprends que la Lafayette School Corporation ne peut pas exiger que je signe cette autorisation comme condition pour fournir un traitement de soins de santé à mon élève. Je comprends également que ce consentement signé est nécessaire pour que la communication ait lieu avec les fournisseurs de soins de santé de mon élève.
5. **Cette autorisation est valable à partir du _____ et expire à la fin de l'année scolaire en cours ou lorsqu'elle est révoquée par écrit par le parent ou le tuteur.**
6. La présente demande vise des documents écrits et des communications orales entre des personnes désignées dans le Chapitre 2 ou leur représentant et le(s) prestataire(s) Ex. Pédiatre, hôpital, médecin, spécialiste:

7. Une photocopie de cette autorisation fait foi comme l'original.

8. Avis:
 - a. La personne nommée ci-dessous a le droit de révoquer cette autorisation en avisant la Corporation scolaire Lafayette par écrit. Une fois que cette révocation aura été transmise à la Lafayette School Corporation, aucune autre information ne sera divulguée en vertu de la présente autorisation.
 - b. Le fournisseur de soins de santé nommé ci-dessus ne peut pas modifier le traitement, le paiement, l'inscription ou l'admissibilité aux prestations si la personne signe ou non cette autorisation.

Date: _____

Signature du parent ou du tuteur légal

Nom en caractères d'imprimerie du parent ou du tuteur légal

Relation avec le patient

Adresse

Numéro de téléphone (travail/domicile/portable)