



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)

☐ Дээр дурдсан талуудад харилцан мэдээлэл солилцох эрх олгосон эсэхийг шалгана уу.	☐ Бүх байнгын мэдээллүүд (үндсэн мэдээлэл байх боловч үүгээр хязгаарлагдахгүй, сургалтын дүнгийн жагсаалт, ирцийн бүртгэл, эрүүл мэндийн бүртгэл, бүх улсын шалгалтын оноо)	☐ Бүх байнгын бус мэдээллүүд (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.

Боловсролын талаарх мэдээлэл:

___ 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

Мансууруулагч бодисын хэрэглээний талаархи мэдээлэл:

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

Сэтгэцийн эрүүл мэндийн талаархи мэдээлэл:

___ 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