



Учень	Ім'я учня: _____ Дата народження: _____																
Надається ким	Я надаю згоду: Цій/цим особі/особам (ім'я/адреса одержувача/одержувачів): _____ До уваги: _____ Адреса: _____ Телефон: _____ Використовувати та/або розголошувати копію медичної інформації про здоров'я/послуги, описані нижче, для вищевказаного учня																
Надається кому	Я надаю згоду: Цій/цим організації(ям) (назва/адреса одержувача(ів)): _____ До уваги: _____ Адреса: _____ Телефон: _____ Використовувати та/або розголошувати копію медичної інформації про здоров'я/послуги, описані нижче, для вищевказаного учня																
Мета	3 метою (цілями): <input type="checkbox"/> Цю інформацію можна використовувати або розголошувати у зв'язку з лікуванням/послугами з охорони психічного здоров'я та медичним втручанням. <input type="checkbox"/> Інші цілі (вказіть кожну мету): _____																
Інформація, яка підлягає розголошенню	<p>Опис або характер інформації, яка буде використана та/або розголошена: (позначте всі відповідні пункти)</p> <p><input type="checkbox"/> Підсумки результатів оцінювання перед прийманням !Психіатричні звіти</p> <p><input type="checkbox"/> План надання послуг/лікування !Звіт про досягнуті результати</p> <p><input type="checkbox"/> План заходів безпеки/кризових ситуацій !Інші записи (вказати): _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Психічне здоров'я</td> <td rowspan="2" style="padding: 5px;">Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування психічного здоров'я. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">!Так !Ні !Н/З</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Вживання речовин</td> <td rowspan="2" style="padding: 5px;">Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування наркоманії, алкоголізму, токсикоманії. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">!Так !Ні !Н/З</td> </tr> </table>	Психічне здоров'я	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування психічного здоров'я. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.	!Так !Ні !Н/З	Вживання речовин	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування наркоманії, алкоголізму, токсикоманії. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.	!Так !Ні !Н/З										
Психічне здоров'я	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування психічного здоров'я. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.																
!Так !Ні !Н/З																	
Вживання речовин	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування наркоманії, алкоголізму, токсикоманії. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.																
!Так !Ні !Н/З																	
Повідомлення	Я розумію, що якщо одержувач інформації, яка розголошується за цим дозволом, не є постачальником медичних послуг або медичною установою, на які поширюється дія федеральних законів або законів штату про конфіденційність, інформація може бути повторно розголошена одержувачем і більше не буде захищена цими законами. Якщо інформація, що розголошується за цим дозволом, включає інформацію про ВІЛ/СНІД, захворювання, що передаються статевим шляхом, психічне здоров'я, генетичне тестування, а також інформацію про діагностику, лікування або направлення для лікування наркоманії/алкоголізму, федеральні закони та нормативні акти, включаючи 42 CFR, частина 2, та 45 CFR, частини 160 та 164, або закони штату, можуть заборонити одержувачу повторно розголошувати цю інформацію. Я розумію, що можу відкликати цей дозвіл у письмовій формі в будь-який час.																
Термін дії	Я розумію, що маю право відкликати цей дозвіл у будь-який час, надіславши письмове повідомлення. Я також розумію, що відкликання дозволу не має сили після того, як були здійснені дії на підставі цього дозволу. Якщо цей дозвіл не буде відкликаний раніше, він дійсний протягом 180 днів з дати підписання, зазначеної нижче, або протягом наступного періоду часу: Дата: _____																
Підписи	Я прочитав цей дозвіл, зрозумів його, і мені запропонували отримати його копію. Підпис неповнолітнього пацієнта необхідний для розкриття наступної інформації: (1) статус ВІЛ/СНІД, діагностика, лікування – 14 років; (2) планування сім'ї/аборти – без обмежень за віком; (3) лікування алкоголізму/наркоманії – 13 років; (4) послуги з охорони психічного здоров'я – 13 років. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Підпис учня</td> <td style="text-align: center;">Дата</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 34%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Підпис юридичного/фізичного представника</td> <td style="text-align: center;">Взаємостосунки з учнем</td> <td style="text-align: center;">Дата</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Оновлення дозволу</td> <td style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Підпис 1: _____</td> <td style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Дата: _____</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"></td> <td style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Підпис 2: _____</td> <td style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Дата: _____</td> </tr> </table>	_____	_____	Підпис учня	Дата	_____	_____	_____	Підпис юридичного/фізичного представника	Взаємостосунки з учнем	Дата	Оновлення дозволу	Підпис 1: _____	Дата: _____		Підпис 2: _____	Дата: _____
_____	_____																
Підпис учня	Дата																
_____	_____	_____															
Підпис юридичного/фізичного представника	Взаємостосунки з учнем	Дата															
Оновлення дозволу	Підпис 1: _____	Дата: _____															
	Підпис 2: _____	Дата: _____															