

STATE OF LOUISIANA
Jefferson Parish Public School System-Ty Học Chánh Quận Jefferson
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION
ĐƠN ỦY QUYỀN THÔNG TIN CÁ NHÂN
TO BE COMPLETED BY PARENT/LEGAL GUARDIAN
PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ PHẢI HOÀN TẤT

PHẦN 1: THÔNG TIN LIÊN LẠC		
Tên học sinh	Ngày/Tháng/Năm sanh	Số An Ninh Xã Hội

Tên Phụ huynh/người Giám hộ _____ Số điện thoại _____

Địa chỉ _____

PHẦN 2: Hồ sơ đòi hỏi hoàn tất hộp A **HOẶC** hộp B dưới đây. Hai hộp sau đây không thể hoàn tất chung một đơn.

A. Những chi tiết sau đây phải được báo cáo chính xác cho việc điều trị:

☐ HOÀN THÀNH TẤT CẢ CÁC HỒ SƠ

☐ Tóm tắt hồ sơ bệnh lý ☐ Phòng cấp cứu

☐ Quá trình Y tế ☐ Phòng thí nghiệm

☐ Báo cáo Operative ☐ Bệnh lý

☐ Tư vấn ☐ Kết quả chụp X-ray

☐ Ghi chú sự tiến bộ ☐ Khác: _____

☐ Tim Phổi _____

(Indicate EKG, Stress Test, Sleep Study)

B. Nếu có ký hiệu sau đây, tôi cho phép tiết lộ trong các phần sau đây:

Ghi chú Trị Liệu Tâm lý (Psychotherapy) và hồ sơ cho thấy sự suy giảm tâm lý (Psychological) hoặc tâm thần (Psychiatric)

Phụ huynh/người giám hộ ký

PHẦN 3: ỨNG THUẬN Không cho phép tiết lộ những điều sau đây: cố vấn về thuốc lá và cách sử dụng chất cồn và việc điều trị và vi trùng HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted disease) và điều trị.

Tôi cho phép:

Tên: _____ Jefferson Parish Public School System, Health Services Dept., 4600 River Road, Marrero, LA 70072

(hệ thống trường) ☐ **TRAU ĐÒI thông tin TỪ VÀ/HOẶC** ☐ **ĐỂ CÓ ĐƯỢC THÔNG TIN TỪ**

(Đánh "X" vào hộp nếu tin tức được cho phát hành VÀ/HOẶC đòi hỏi.)

Tên: _____ (bệnh viện, bác sĩ, cơ quan dịch vụ, Trường RN và/hoặc bác sĩ khác)

Ngày điều trị: _____

Mục đích những thông tin này được cho phép vì lý do:

- | | |
|---|---|
| ☐ Xác định điều kiện đủ để đánh giá hoặc tiếp tục đủ điều kiện cho giáo dục đặc biệt | ☐ Kế hoạch chương trình giáo dục cá nhân |
| ☐ Cung cấp điều trị vật lý trị liệu | ☐ Xác định vị trí cho nhu cầu điều trị |
| ☐ Cung cấp điều trị công việc trị liệu | ☐ Triển khai các nhu cầu sức khỏe đặc biệt |
| | ☐ _____ |

Tôi hiểu rằng tôi có quyền thu hồi quyền này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi những ủy quyền này tôi phải viết đơn và trình bày văn bản thu hồi của tôi cùng với bộ phận tiếp nhận hồ sơ y tế dưới hình thức ủy quyền này. Tôi hiểu rằng việc thu hồi này sẽ không áp dụng cho trường hợp thông tin đã được tiết lộ theo như giấy ủy quyền này. Trừ trường hợp bị thu hồi, giấy cho phép này sẽ hết hạn vào ngày: _____ sự kiện hoặc những sự kiện sau đây

Nếu tôi chưa xác định ngày hết hạn, sự kiện hay điều kiện, giấy cho phép này hết hạn trong vòng một (1) năm kể từ ngày cấp giấy phép. Một ủy quyền nghĩa là tự nguyện. Tôi sẽ không bị yêu cầu ký vào một ủy quyền như một điều kiện nhận các dịch vụ điều trị, thanh toán, hoặc đủ điều kiện cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Những thông tin này đã được tiết lộ với sự cho phép của bởi người nhận và sẽ không còn được bảo vệ theo the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996.

Học sinh ký tên hoặc người đại diện
(Phụ huynh/người Giám hộ học sinh phải 18 tuổi)

Ngày/Tháng/Năm

(Liên hệ với học sinh)

Ký tên của người chứng

Ngày/Tháng/Năm