

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

ولاية لوزيانا جيفرسون باريش نظام المدارس العامة تصريح للإعلان عن معلومات خاصة يكمل بواسطة الوالدين / الوصى القانوني

الجزء 1: معلومات للإتصال		
إسم الطالب / الطفل القانوني	تاريخ الميلاد	الرقم الإجتماعي

الوالدين / الوصى القانوني _____ رقم الهاتف _____

العنوان البريدي _____

الجزء 2: بيانات الطلب	
A. اذكر الملفات المصرح بالإعلان عنها للعلاج من المكتوب ادناه: ☐ جميع الملفات ☐ ملخص الخروج ☐ التاريخ و الصحة ☐ تقرير العمليات ☐ الإستشارة ☐ تقرير التقدم ☐ أمراض القلب و التنفس (انظر EKG, إختبار الإجهاد, دراسة النوم)	B. إذا وقع بالأحرف الأولى أدناه، انا أفوض تحديدا الإفراج عن التالي: مذكرات وسجلات العلاج النفسي الذي يشير إلى تدهور نفسي أو عقلي وقع بالأحرف الأولى _____

الجزء 3: التصريح
هذا لا يصرح بإعلان الاتي: المشاكل و العلاجات المتعلقة بالمخدرات و المشروبات الروحية و HIV/AIDS و الاختبارات و العلاجات المتعلقة بالامراض المنقولة جنسيا.

انا اعطى تصريح:

الاسم: جيفرسون باريش نظام المدارس العامة، مكتب الخدمات الطبية، 4600 ريفر روود، مارينو لوزيانا 70072 (نظام المدارس)

☐ يفرج عن المعلومات الى و / او ☐ يحصل على المعلومات من

(وضع علامة "X" في المربع تعني اذا كانت المعلومات سوف يفرج عنها و / او مطلوبة)

الاسم: _____ (المستشفى، الدكتور، جهة الخدمة،
ممرضة المدرسة و/او مقدم خدمات صحية اخر)

لأجل تاريخ العلاج: _____

المعلومات التي يفرج عنها لهذا الغرض من:

- ☐ تقييم لتحديد أهلية أو استمرار
الأهلية لخدمات التعليم الخاصة
☐ توفير العلاج بواسطة العلاج الطبيعي
☐ توفير العلاج بواسطة العلاج المهني
- ☐ تصميم برنامج تعليمي فردي
☐ تحديد الموضع المناسب لاحتياجات العلاج
☐ تنفيذ الاحتياجات الصحية الخاصة

أنا أفهم أن لدي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت. أنا أفهم أنني إذا سحب هذا التصريح يجب أن أفعل ذلك كتابيا و أقدم الإلغاء المكتوب لنفس قسم السجلات الطبية الذي تتلقى نموذج التصريح هذا. وأنا أفهم أن الإلغاء لن ينطبق على المعلومات التي قد أفرج عنها بالفعل ردا على هذا التصريح. ما لم يعدل، وإلا فإن هذا التفويض ينتهي في التاريخ أو الحدث أو الحالة التالية:

إذا أنا قُضلت في تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية أو الحدث أو الحالة، فإن هذا الإذن ينتهي في سنة واحدة (1) من تاريخ التصريح. التصريح يكون طوعي. لن يطلب مني التوقيع على تصريح كشرط لتلقي خدمات العلاج أو دفع، والالتحاق والتأهل لخدمات الرعاية الصحية. المعلومات المستخدمة يكشف عنها من قبل هذا التصريح أو إعادة الكشف عنها من قبل المتلقي، و هذه المعلومات لن تكون محمية بموجب قابلية المساءلة وقانون التأمين الصحي لعام 1996

توقيع الطالب او الممثل القانوني

التاريخ

(العلاقة بالطالب)

توقيع الشهود

التاريخ