

獲取授權公開醫療檔案

目的：您的孩子被確認可能有健康/心理/教育方面的需求。此表格目的是允許西雅圖公立學校獲取學生的醫療檔案，用於為您孩子定做適當的護理計劃及未來有可能的教育服務。作為一個家長/監護人，您有決定是否公開孩子醫療記錄的權利。請填寫此表格的陰影部分並將此表格交給您孩子的醫療服務提供者。

學生姓名：_____ 日期：_____

學生出生日期：_____ 學區：西雅圖公立學校

本人授權公開的記錄：

來自：_____ 給：_____

醫療服務提供者名稱

學校與人員名稱

街道地址

街道地址

城市、州、郵編

城市、州、郵編

請將醫療記錄傳真到：_____

告知一般醫療信息（請選擇）：

- 醫療及臨床記錄
 社會/情緒評估
 免疫接種記錄

- 視覺/聽覺評估
 心理評估
 講話/語言評估
 職業/物理治療評估

具體授權：此項准許



允許



不允許公開以下具體信息：

- 心理健康/精神疾病護理
 HIV（艾滋病）/測試/診斷/治療

- 藥物及酒精濫用診斷或治療
 已確診性病的檢測結果與/或治療

我明白任何關於心理健康信息的記錄均受國家法律的保護(RCW 71.05.390)；藥物/酒精濫用或治療記錄受聯邦保密法保護(42 CFR 2)；艾滋病毒/艾滋病或以確診性病的測試及治療記錄受國家保密法保護(RCW 70.24)。

您的簽名表示您理解並同意以下幾點：

- 我明白我不需要簽署此授權來獲得醫療福利（治療、付款、註冊或享有福利的資格），除非我接收醫療保險的唯一目的是為第三方創建醫療信息。
- 我明白(a)我必須以書面形式撤銷授權，並可以通過填寫及簽署我醫療服務提供者的撤銷授權表格；和(b)如果我取消授權，我明白，它不會影響醫療服務提供者任何基於本授權已採取的行動。
- 此授權聲明信息有可能會被收件人重新聲明，將不再受1996健康保險隱私及責任法案(HIPAA)保護。西雅圖公立學校收到記錄的重新聲明則受家庭教育權和隱私權法案(FERPA)保護。

次授權有效期開始於_____ 截止_____。
日期 日期

註明：授權公開的醫療記錄有效期為90天，除非另有以上說明。如果沒有提供日期範圍，此授權書簽署日期90天到則授權期滿。

我明白我是自願簽署此公開記錄的授權，我可以以書面的形式隨時撤回我的授權。如果我撤回授權，它並不適用基於此授權已提供的信息。

日期 _____ 病人家長/監護人簽名 _____ 與病人關係 _____

日期 _____ 病人/學生簽名（如果適用） _____
 創建於：11/30/2009