

要求和授权公开医疗记录

Simplified Chinese

目的：你的孩子被确认可能有健康/心理/教育方面的需求。此表格的目的是允许西雅图公立学校获取学生的医疗记录，以用于为你孩子订立适当的护理计划及未来有可能提供的教育服务。作为一个家长/监护人，你有权利决定是否发放孩子医疗记录。请填写此表格的阴影部分并将此表格交给你孩子的医疗服务提供者。

学生姓名：_____ 日期：_____

学生出生日期：_____ 校区：西雅图公立学校

本人授权发放的记录：

来自：_____ 给予：_____

医疗服务提供者的姓名

工作人员的姓名

专业人士/治疗师的姓名

学校名称

电话/电子邮件

电话/电子邮件

街道地址

街道地址

城市、州、邮编

城市、州、邮编

请将医疗记录传真到：_____

要发放的一般医疗信息 (勾选)：

- 医疗及临床记录
- 社交/情绪评估
- 免疫接种记录

- 视觉/听觉评估
- 心理评估
- 说话/语言评估
- 职业/物理治疗评估

具体授权： 本同意书 允许 不允许发放如下所示的特定资料：

心理健康/精神疾病护理

药物及酒精滥用诊断或治疗

HIV (爱滋病) /测试/诊断/治疗

已确诊的性病检测结果与/或治疗

我明白任何关于心理健康信息的记录均受国家法律的保护 (RCW 71.05.390)；药物/酒精滥用或治疗记录是受联邦保密法保护的 (42 CFR 2)；爱滋病毒/爱滋病或已确诊的性病测试及治疗记录受是国家保密法保护的 (RCW 70.24)。

你以下的签名表示你理解并同意以下事项：

- 我明白我不需要签署此授权来获得医疗福利 (治疗、付款、注册或享有福利的资格)，除非我获得医疗福利的唯一目的是为第三者建立医疗资料。
- 我明白 (a) 我必须以书面形式撤销授权，并可以通过填写及签署我医疗服务人员提供的撤销授权表格；和 (b) 如果我取消授权，我明白，它不会影响医疗服务提供者任何根据本授权已采取的行动。
- 此授权声明的信息有可能会被收件人重新发放，并将不再受 1996 健康保险隐私及责任法案 (HIPAA) 保护。西雅图公立学校收到记录是受到家庭教育权和隐私权法案 (FERPA) 保护而不会被重新发放。

此授权有效期自 _____ 至 _____ 为止。
日期 日期

注明： 授权发放的医疗记录有效期为 90 天，除非以上另有说明。如果没有提供日期范围，此授权书会在签署日期的第 90 天中止。

我明白我是自愿签署此发放记录的授权书，我可以以书面的形式随时撤回我的授权。如果我撤回授权，它并不适用根据此授权已提供的资料。

日期 _____ 病人家长/监护人签名 _____ 与病人的关系 _____

日期 _____ 病人/学生签名 (如果适用) _____