

YÊU CẦU VÀ CHO PHÉP CÔNG BỐ HỒ SƠ SỨC KHỎE

Vietnamese

Mục đích: Con của quý vị đã được xác định là cần nhu cầu hỗ trợ cho sức khỏe/tâm lý/giáo dục. Mục đích của mẫu đơn này là cho phép Trường Công Lập Seattle có được hồ sơ về tình trạng sức khỏe để sử dụng trong việc thiết lập kế hoạch chăm sóc phù hợp và các dịch vụ giáo dục có thể có trong tương lai cho con em của quý vị. Là phụ huynh/người giám hộ, quý vị có quyền cho phép hoặc không cho phép việc công bố hồ sơ sức khỏe của con quý vị. Xin hãy điền mẫu đơn này và gửi đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị.

Tên học sinh: _____ Ngày: _____

Ngày sinh của học sinh: _____ Khu học chánh: Seattle Public Schools

Tôi cho phép việc công bố hồ sơ:

Từ: _____ Đến: _____

Tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Tên nhân sự

Tên của chuyên gia/nhà trị liệu

Tên trường học

Phone/Email

Phone/Email

Street address

Street address

City, State, Zip

City, State, Zip

Xin hãy fax hồ sơ đến số fax: _____

Thông tin y tế chung được công bố (đánh dấu):

Hồ sơ y tế

Đánh giá về cảm xúc/xã hội

Hồ sơ chủng ngừa

Đánh giá về thị lực/thính lực

Đánh giá về tâm lý

Đánh giá về ngôn ngữ

Đánh giá về vật lý trị liệu

Cho phép cụ thể: Bản chấp thuận này cho phép không cho phép công bố các thông tin cụ thể được liệt kê dưới đây:

Sức khỏe tâm thần/chăm sóc tâm lý

Chẩn đoán/điều trị về lạm dụng ma túy và rượu

HIV (AIDS) Xét nghiệm/chẩn đoán/điều trị

Kết quả kiểm tra/điều trị STD

Tôi hiểu rằng bất kỳ hồ sơ nào có ghi thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần đều được bảo vệ bởi luật của tiểu bang (RCW 71.05.390); hồ sơ lạm dụng hoặc điều trị ma túy/rượu được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang (42 CFR 2); HIV/AIDS hoặc xác nhận kiểm tra/hồ sơ chữa trị STD được bảo vệ bởi luật của tiểu bang (RCW 70.24).

Chữ ký của quý vị dưới đây có nghĩa là quý vị hiểu và đồng ý các điều khoản sau:

- Tôi hiểu rằng tôi không cần phải ký mẫu đơn này để nhận các lợi ích chăm sóc sức khỏe (điều trị, thanh toán, tham gia hoặc đủ điều kiện cho các lợi ích) trừ khi nếu tôi nhận được sự chăm sóc sức khỏe mà mục đích duy nhất của việc nhận được chăm sóc sức khỏe là tạo ra thông tin y tế cho một bên thứ ba nào đó.
- Tôi hiểu rằng (a) tôi phải thu hồi sự cho phép bằng văn bản và có thể làm vậy bằng cách điền và ký vào đơn thu hồi sự cho phép với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe; và (b) nếu như tôi thu hồi sự cho phép, tôi hiểu rằng việc thu hồi không ảnh hưởng đến bất kỳ hoạt động nào đã thực hiện bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trên cơ sở của sự đồng ý này.
- Thông tin công bố dưới sự cho phép này có thể công bố lại bởi người nhận và sẽ không còn được bảo vệ bởi đạo luật Health Insurance Portability and Accountability Act 1996 (HIPAA). Hồ sơ được Trường Công Lập Seattle nhận sẽ được bảo vệ bởi đạo luật Family Education Rights to Privacy Act (FERPA).

Sự cho phép này có hiệu lực từ _____ tới _____
Ngày Ngày

Lưu ý: Sự đồng ý cho việc công bố hồ sơ y tế chỉ có hiệu lực trong vòng 90 ngày trừ khi có ghi chú cụ thể ở trên. Nếu thời hạn không được ghi lại, sự đồng ý sẽ hết hạn 90 ngày kể từ ngày ký tên.

Tôi hiểu rằng sự đồng ý của tôi là tự nguyện và tôi có thể thu hồi sự đồng ý này bất kỳ lúc nào bằng văn bản. Nếu tôi thu hồi sự đồng thuận, nó không áp dụng cho thông tin đã được cung cấp dưới sự cho phép này.

Ngày _____ Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ _____ Mối liên hệ với bệnh nhân _____

Ngày _____ Chữ ký của bệnh nhân/học sinh nếu áp dụng _____