

የጤና እንክብካቤ / ህክምና አቅራቢ

የጤና መረጃ ልውውጥ ፍቃድ

2026-2027 የትምህርት ዓመት

 የጤና እንክብካቤ አቅራቢው ስም

 የትምህርት ቤቱ ስም

 የጤና እንክብካቤ አቅራቢው ተጠሪ ሰው ስም

 የትምህርት ቤቱ ተጠሪ ሰው ስም

 የጤና እንክብካቤ አቅራቢው ተጠሪ ሰው ኢሜል / ስልክ

 የትምህርት ቤቱ ተጠሪ ሰው ኢሜል / ስልክ

ከዚህ በታች የተገለጹትን የተጠበቁ የጤና መረጃዎች በልጄ የጤና እንክብካቤ አቅራቢ እንዲለቀቁ እና ከላይ የተዘረዘሩት ትምህርት ቤት እና/ወይም የት/ቤት ተወካይ እንዲጠቀሙበት ፈቅጃለሁ፡

- ☐ የመለያ መረጃዎች ፡ ስም፣የትውልድ ቀን፣ወደ ፕሮግራሙ የገባበት/ከፕሮግራሙ የለቀቀበት ቀናት
- ☐ ምርመራ
- ☐ ግምገማ፣ምዘና እና የእንክብካቤ ምክር(ሮች)
- ☐ የሽንት/የድራግ እና የአልኮሆል የምርመራ ውጤት (ቶች)
- ☐ የሕክምና ታሪክ ፣ ተገዢነት እና እድገት
- ☐ የአሁኑ ጭንቀቶች፣ቀስቃሾች ወይም ተግዳሮቶች
- ☐ ከፕሮግራሙ የለቀቀበት ማጠቃለያ እና የቀጣይ እንክብካቤ ዕቅድ
- ☐ ሌሎች የሕክምና መረጃዎች ፡ _____

የመረጃ ልውውጥ ዓላማ ፡

- ☐ የተቀናጀ እንክብካቤ ለመስጠት
- ☐ ፀጋዎችን ለመለየት
- ☐ የምደባ ውሳኔ ለመስጠት ያግዛል
- ☐ ሌላ ዓላማ ፡ _____

ይህንን የጤና መረጃ የማጋራት ዓላማ የልጄን ጤና እና ትምህርት ለመደገፍ እንደሆነ ተረድቻለሁ፡፡ ይህንን የመረጃ ልውውጥ በ FERPA በተጠበቁ የልጄ የትምህርት መረጃዎች ላይ ተጽዕኖ እንደማይኖረው ተረድቻለሁ፡፡ ይህ ስምምነት ከላይ የተዘረዘሩትን የጤና መረጃዎች ከፈረምኩበት ቀን ጀምሮ እስከ ነሐሴ 31፣2027 ድረስ እንዲለቀቁ ያደርጋቸዋል፡፡በተጨማሪም ለሲያትል የትምህርት ዲስትሪክት እና ከላይ ለተዘረዘረው የጤና እንክብካቤ / ህክምና አቅራቢ የጽሑፍ መሻር በመስጠት ፈቃዴን መሻር እንደምችል ተረድቻለሁ፡፡

 የተማሪው ስም

 የወላጅ ስም (ከ 13 ዓመት በታች ለሆነ ተማሪ ያስፈልጋል)

 ፊርማ (ከ 13 ዓመት በላይ ተማሪ ወይም ወላጅ / አሳዳጊ)

 ቀን