

医疗保健/治疗提供者 交换健康资讯授权书 2026-2027 学年



提供者姓名

学校名称

提供服务联络人

学校联络人

提供者联络电邮/电话

学校联络人电邮/电话

本人授权以下所述的受保护健康信息向我/我的孩子的提供者透露，并由上述学校和/或学校代表使用:

- ☐ 确认资讯：名称，出生日期，进入/退出计划的日期
- ☐ 诊断
- ☐ 评定，评估和治疗建议
- ☐ 尿液分析/药品和酒精检测结果
- ☐ 治疗历史，顺从性和进展
- ☐ 当前压力源，触发因素或挑战
- ☐ 出院总结和持续护理计划
- ☐ 其它治疗信息: _____

交换资讯的目的:

- ☐ 护理协调
- ☐ 找出资源
- ☐ 协助安置决定
- ☐ 其它目的: _____

本人了解分享此健康信息的目的是支持我/我孩子的治疗和教育。本人也了解此行动不会影响受 FERPA 保护的我的教育记录。这份同意书将从我签名之日起至 **2027 年 8 月 31 日** 之间，可以交换上面列出的健康信息。本人也明白，我可以通过向西雅图校区和上述提供者呈交书面撤销来撤销我的同意。

学生姓名

家长姓名 (13 岁以下的学生必须有)

签名
13 岁以上的学生或家长/监护人

日期