

Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Sức Khỏe/Điều Trị Cho Phép Trao Đổi Thông tin Y tế Niên Học 2026-2027



 Provider Name

 Tên trường học

 Provider Contact Person

 Người liên hệ của trường

 Provider Contact Email/Phone

 Email/Phone liên hệ của trường

Tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe của tôi/con tôi trao ra thông tin sức khỏe được bảo vệ mô tả dưới đây và được sử dụng bởi trường học và/hoặc đại diện cho trường được liệt kê ở trên :

- ☐ Thông tin nhận dạng: Tên, DOB, Ngày được nhận vào/ra khỏi chương trình
- ☐ Chẩn đoán
- ☐ Đánh giá, Thăm định & Khuyến nghị Điều trị
- ☐ Kết quả kiểm tra nước tiểu/Rượu & Ma túy
- ☐ Lịch sử điều trị, Phù Hợp & Tiến Triển
- ☐ Các Yếu Tố Gây Căng Thẳng, Kích Hoạt hoặc Thách Thức Hiện Tại
- ☐ Tóm tắt Xuất Viện & Kế hoạch Chăm sóc Tiếp tục
- ☐ Thông tin điều trị khác : _____

Mục đích trao đổi thông tin :

- ☐ Phối Hợp Chăm Sóc
- ☐ Xác định Hỗ Trợ
- ☐ Hỗ trợ cho Quyết Định Đưa Ra
- ☐ Mục đích khác : _____

Tôi hiểu rằng mục đích của việc chia sẻ thông tin sức khỏe này là để hỗ trợ việc điều trị và giáo dục cho tôi/con tôi. Tôi hiểu rằng bản công bố này không ảnh hưởng đến hồ sơ giáo dục của tôi/con tôi được FERPA bảo vệ. Sự đồng ý này sẽ cung cấp thông tin sức khỏe được liệt kê ở trên để trao đổi kể từ ngày tôi ký đơn cho đến ngày 31, tháng 8, 2027. Tôi hiểu thêm rằng tôi có thể thu hồi sự đồng ý của mình bằng cách cung cấp văn bản thu hồi đến Học khu Seattle và Nhà cung cấp đã được nêu ở trên.

 Tên Học Sinh

 Tên Cha mẹ (Yêu cầu cho Học Sinh Dưới 13 tuổi)

 Ký tên

Học sinh trên 13 tuổi hoặc Cha mẹ/Giám Hộ

 Ngày