

التصريح بالإفصاح عن معلومات الطالب الصحية لمدارس مقاطعة جيلفورد
أطلب بموجب هذا وأوافق على قيام أي وجميع مقدمي الرعاية الصحية بما في ذلك الأطباء والممارسين الآخرين وكليات الرعاية الصحية والذين قد يكونون قد قدموا أو قد يقدمون أو سيقدّمون فيما بعد أي نوع من أنواع الرعاية الصحية إلى المريض ("المزود" أو "المزودون") بالإفصاح عن المعلومات الصحية المتوفرة عن المريض وأي معلومات أخرى تخص المريض ومناقشتها والتصرّح لي بالإفصاح عنها كما هو موضح أدناه:

المريض اسم المريض: _____ ، تاريخ الميلاد: _____

المعلومات المتصرّح بها. المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها و / أو مناقشتها ("المعلومات المتصرّح بها") هي:

إفصاح غير محدود	البصر ، نتائج الفحوصات	التقارير الخاصة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط
تاريخ النمو الاجتماعي	سجلات خدمة الأطفال الاستثنائيين (EC)	اختبار الكلام / اللغة
السمع / مشاكل السمع	التقييمات الصحية	الأدوية الحالية
التقييمات الصحية	أخرى	

الإفصاح غير المحدود يعني الإفصاح عن أي وجميع المعلومات والسجلات الصحية المتعلقة بالمريض، بما في ذلك أي وجميع المعلومات التي تتعلق بصحة أو حالة المريض الجسدية والنفسية سواء في الماضي أو الحاضر أو في المستقبل، وعن توفير الرعاية الصحية للمريض أو القيام بالدفع مقابل توفير الرعاية الصحية للمريض سواء في الماضي أو الحاضر أو المستقبل وتضمن هذه المعلومات بأي شكل سواء كانت نسخة ورقية أو إلكترونية أو اتصال شفوي أو غير ذلك.

الجهة التي تستلم الإفصاح: يُطلب من مقدمي الخدمة وتصرّح لهم بالإفصاح عن "المعلومات المتصرّح بها" ومناقشتها مع الجهة المذكورة أعلاه في أي وقت تطلب فيه هذه الجهة "المعلومات المتصرّح بها" لأي سبب ان:

مُعْطَى الخدمَة للمريض:

كما أقوم أيضاً بالتصريح لمُعْطَى الخدمَة بمناقشة المريض ومجلاته مع موظفي مدارس مقاطعة جيلفورد عبر الهاتف أو شخصياً ومشاركة نسخ من السجلات ذات الصلة حسب الاقتضاء.

الغرض من الإفصاح. في المسائل المتعلقة بالأنشطة المدرسية للمريض أو الناشئة عنها.

تاريخ انتهاء الصلاحية. تتبني صلاحية هذا التصريح في _____ ما لم يتم إبطاله بشكل صحيح قبل ذلك التاريخ.

مسائل إضافية. أنا أفهم ما يلي:

- يشمل هذا التفويض أي "معلومات متصرّح بها" تتعلق بمرض أو حالة مرضية معينة (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والحالات المرتبطة بالإيدز والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي) أو تعاطي المخدرات أو الكحول أو الأمراض العقلية أو الإعاقة التماثلية أو تعاطي مواد الإدمان (بما في ذلك المعلومات التي تحكمها المادة 134A-130A G.S. و المادة 52-122C G.S. من النظام الأساسي العام لولاية شمال كارولينا أو الجزء الثاني من المادة 42 CFR من قوانين السرية).
 - يمتد التفويض إلى "المعلومات المتصرّح بها" التي يحصل عليها مقدم الخدمة من مصادر أخرى.
 - هناك احتمالية أن يتم إعادة الإفصاح عن "المعلومات المتصرّح بها" من قبل المستلم وقد لا تكون أيضاً محمية بموجب القانون بما في ذلك قوانين الخصوصية القدرالية.
 - لا يجوز لمقدم الخدمة ربط معالجة المريض بقيامي بتوقيع هذا التصريح من عدمه ويمكنني رفض التوقيع على هذا التصريح.
 - "المعلومات المتصرّح بها" لا تتضمن "ملاحظات العلاج النفسي" ويتم تعريف هذا المصطلح في قانون منقولة ومساءلة التأمين الصحي (HIPAA).
 - يمكنني إلغاء هذا التصريح كتابةً في أي وقت باستثناء ما إذا كان مقدم الخدمة قد اتخذ بالفعل إجراء بناءً على هذا التصريح. ويجب تسليم طلب الإلغاء بالفعل إلى مقدم الخدمة ليكون فعالاً.
- أنا أقوم بعمل هذا التصريح طوعاً وعن علم وأفهم بأنه لدي كل الصلاحية بعدم عمله إذا شئت.

التاريخ:

توقيع مُمَثِّل المريض

اسم مُمَثِّل المريض باستخدام حروف كبيرة

وصف صلاحية مُمَثِّل المريض بالتصرف نيابة عن المريض