

فراہم کاران صحت کو طالب علم کے تعلیمی ریکارڈ کے انکشاف کا اجازت نامہ

میں گلفورڈ کاؤنٹی اسکولوں سے درخواست کرتا/کرتی ہوں اور انہیں اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ وہ مندرجہ ذیل ریکارڈ اور / یا معلومات فہرست شدہ جسمانی/دماغی صحت کو فراہم کر سکتے ہیں اور ان ریکارڈ کی تیاری پر فیملی ایجوکیشنل رائٹس اور پرائیویسی ایکٹ [Family Educational Rights and Privacy Act ("FERPA")] یا دیگر قوانین نے رازداری سے متعلق جو پابندی عائد کی ہے اس کو ختم کرنا/کرتی ہو، لیکن یہ اجازت صرف فہرست شدہ میڈیکل/منیٹل ہیلتھ کیئر سروس تک ہی محدود ہے جو مریض کو کسی طرح کی صحت کی نگہداشت فراہم کرتے ہیں ("فراہم کار" یا "فراہم کاران")۔ مجھے انکشاف کی اجازت دینے کا اختیار ہے، جیسا کہ نیچے مذکور ہے:-

مریض۔ مریض کا نام: _____، تاریخ پیدائش: _____

مجاز شدہ معلومات۔ وہ معلومات جس کا انکشاف اور/یا جن پر تبادلہ خیال مطلوب ہے ("مجاز شدہ معلومات") ہے:

_____ غیر محدود انکشاف	_____ بینائی، جانچ کے نتائج	_____ ADHD رپورٹیں
_____ سماجی سرگرمیوں کی تفصیلات	_____ استثنائی خدمت اطفال کے ریکارڈز	_____ نکل/زبان کی جانچ
_____ سماعت/سمعیاتی	_____ سلوکی واقعات سے متعلق ریکارڈز	
_____ زیر استعمال دوائیں	_____ تعلیمی ریکارڈز	_____ دیگر

غیر محدود انکشاف کا مطلب ہے مریض سے متعلق تمام معلومات صحت اور ریکارڈز جس میں ایسی کوئی یا تمام معلومات شامل ہیں جن کا تعلق مریض کی سابقہ، موجودہ یا آئندہ تعلیمی یا جسمانی صحت یا دماغی صحت یا مریض کی حالت؛ یا تعلیمی خدمت کی فراہمی کے لیے سابقہ، اور کسی بھی شکل میں اس طرح کی معلومات، **جانبے کاغذی طبع شدہ نقل، الیکٹرونک نقل، زبانی اطلاع ہو یا کوئی دیگر شکل۔**

انکشاف کا وصول کنندہ فریق: فراہم کاران سے درخواست کی جاتی اور انہیں اجازت دی جاتی ہے کہ وہ مندرجہ ذیل فریق کو مجاز شدہ معلومات کا انکشاف اور اس پر تبادلہ خیال کریں، **اگر اور جب کبھی بھی پارٹی کسی بھی سبب سے مجاز شدہ معلومات کی درخواست کر سکتا ہے:**

فراہم کاران برائے مریض:

میں GCS کے فراہم کاران اور نمائندوں کو اس کی اجازت بھی دیتا/دیتی ہوں کہ وہ بذریعہ ٹیلیفون یا ذاتی طور پر مریض اور مریض کے ریکارڈز پر تبادلہ خیال کریں اور حسب ضرورت متعلقہ ریکارڈز کی نقول میں اشتراک کریں۔

انکشاف کا مقصد: ان امور کے لیے جن کا تعلق اور سروکار مریض کی اسکول کی سرگرمیوں سے ہو یا جو ان کی وجہ سے پیدا ہوا۔

خانم۔ یہ اجازت نامہ _____ کو ختم ہونا ہے تاوقتیکہ اس کی مدتِ صلاحیت کی تجدید اس تاریخ سے پہلے نہ کر دی جائے۔

اضافی امور۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:

- اس اجازت نامے میں ایسی کوئی بھی مجاز شدہ معلومات شامل ہے جس کا تعلق کسی متعدی مرض یا عارضے سے ہو (بشمول ایچ آئی وی (HIV)، ایڈز (AIDS)، ایڈز (AIDS) سے متعلق عوارض اور جنسی طور پر منتقل ہونے والے مرض)، نشیلی دوا یا الکحل کا بیجا استعمال یا ذہنی بیماری، ارتقائی معذوری، نشیلی اشیاء کا بیجا استعمال (جس میں G.S. 130A-134, G.S. 122C-52 یا CFR 42، حصہ 2) کے تحت آنے والی معلومات بھی شامل۔
 - اس اجازت نامے کا اطلاق اس مجاز شدہ معلومات پر بھی ہوتا ہے جو فراہم کار نے دیگر ذرائع سے حاصل کی ہو۔
 - اس کا امکان موجود رہتا ہے کہ منکشف کی گئی مجاز شدہ معلومات کا دوبارہ انکشاف مریض کرے اور یہ بھی کہ وہ بشمول وفاقی قوانین راز داری قانوناً اس کا تحفظ مزید نہ کیا جائے۔
 - فراہم کار مریض کے علاج کو اس سے مشروط نہیں کر سکتا کہ کیا میں نے اجازت نامے پر دستخط کیا ہے یا نہیں اور میں اجازت نامے پر دستخط کرنے سے انکار کر سکتا/کرسکتی ہوں۔
 - مجاز شدہ معلومات میں "فزیوتھراپی نوٹس" ("اطلاع نامے") شامل نہیں کیے جا سکتے کیونکہ اس اصطلاح کی وضاحت HIPAA کے ذریعے کی گئی ہے۔
 - میں اس اجازت نامے کو کسی بھی وقت تحریری طور پر منسوخ کر سکتا/کرسکتی ہوں اس حد کے استثناء کے ساتھ کہ کوئی فراہم کار اس اجازت نامے پر اعتماد کرتے ہوئے پہلے ہی کارروائی کر چکا ہو۔ کسی منسوخی کے نفاذ کے لیے اطلاع نامہ منسوخ کسی فراہم کار تک پہنچایا جانا چاہیے۔
- یہ سمجھتے ہوئے کہ اگر میرا جی چاہے تو مجھے اس پر دستخط نہ کرنے کا پورا اختیار ہے، میں رضاکارانہ اور دانستہ طور پر اس اجازت نامے پر دستخط کرتا/کرتی ہوں۔

تاریخ:

مریض کے ذاتی نمائندے کے دستخط

نمائندے کا نام بڑے حروف میں لکھیں

مریض کی قائم مقامی سے متعلق نمائندے کی تفصیلات