

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 سيقدمون فيما بعد أي نوع من أنواع الرعاية الصحية إلى المريض ("المزود" أو "المزودون") بالإفصاح عن المعلومات الصحية المُعرَّفة عن المريض وأي معلومات أخرى تخص المريض ومناقشتها والمُصرَّح لي بالإفصاح عنها كما هو موضح أدناه:

المريض اسم المريض: _____ ، تاريخ الميلاد: _____

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

_____ إفصاح غير محدود	_____ البصر ، نتائج الفحوصات	_____ التقارير الخاصة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط
_____ تاريخ النمو الاجتماعي	_____ سجلات خدمة الأطفال الاستثنائيين (EC)	_____ اختيار 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 وتضمين هذه المعلومات بأي شكل سواء كانت نسخة ورقية أو إلكترونية أو اتصال شفوي أو غير ذلك.

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

المعلمون والمُمرء في مدارس مقاطعة جيلفورد الذين يقومون بخدمة أو تصميم الخدمات التعليمية للمريض:

كما أقوم أيضاً بالتصريح لمقدمي الخدمة بمناقشة المريض وسجلاته مع موظفي مدارس مقاطعة جيلفورد عبر الهاتف أو شخصياً ومشاركة نسخ من السجلات ذات الصلة حسب الإقتضاء .

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

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

مسائل إضافية. أنا أفهم ما يلي:

- يشمل هذا التفويض أي "معلومات مُصرَّح بها" تتعلق بمرض أو حالة مرضية مُعجبة (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 الثابتة أو تعاطي مواد الإدمان (بما في ذلك المعلومات التي تحكمها المادة 130A-134 و 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 المُصرَّح بها" التي يحصل عليها مقدم الخدمة من مصادر أخرى.
 - هناك احتمالية أن يتم إعادة الإفصاح عن "المعلومات المُصرَّح بها" من قبل المستلم وقد لا تكون أيضاً محمية بموجب القانون بما في ذلك قوانين الخصوصية الفيدرالية.
 - لا يجوز لمقدم الخدمة ربط معالجة المريض بقيامي بتوقيع هذا التصريح من عدمه ويمكنني رفض التوقيع على هذا التصريح.
 - "المعلومات المُصرَّح بها" لا تتضمن "ملاحظات العلاج النفسي" ويتم تعريف هذا المصطلح في قانون منقولة ومساءلة التأمين الصحي (HIPAA).
 - يمكنني إلغاء هذا التصريح كتابياً 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