

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE AUX ÉCOLES DU COMTÉ DE GUILFORD

Par la présente, je demande et autorise tous les prestataires de soins de santé, y compris les médecins, les autres praticiens et les entités de soins de santé, qui ont pu fournir, peuvent fournir et fourniront au patient tout type de soins de santé (« Prestataire » ou « Prestataires ») à divulguer et à discuter des informations relatives à la santé identifiant individuellement et des autres informations concernant le Patient, pour qui je suis autorisé à autoriser la divulgation, comme indiqué ci-dessous :

Patient. Nom du patient : _____, Date de naissance : _____

Informations autorisées. Les informations à divulguer et / ou à discuter (« Informations autorisées ») sont :

<input type="checkbox"/> Divulgence illimitée	<input type="checkbox"/> Vision, résultats de tests	<input type="checkbox"/> Rapports TDAH
<input type="checkbox"/> Historique du développement social	<input type="checkbox"/> Records de service exceptionnels pour enfants	<input type="checkbox"/> Ouïe / Audiologique
<input type="checkbox"/> Test relatif à l'expression orale et au langage	<input type="checkbox"/> Évaluations médicales	<input type="checkbox"/> Médication actuelle
<input type="checkbox"/> Évaluations de l'état de santé	Autres _____	

Divulgence illimitée signifie toute information sur la santé et tous les dossiers liés au patient, y compris toute information relative à la santé ou à l'état physique ou mental passé, présent ou futur du patient ; la fourniture de soins de santé au patient, ou le paiement passé, présent ou futur pour la fourniture de soins de santé au patient ; incluant ces informations sous quelque forme que ce soit, **qu'il s'agisse d'une copie papier, électronique, d'une communication verbale ou autre.**

Partie recevant les informations divulguées : Les prestataires sont priés et autorisés à divulguer les informations autorisées et à en discuter avec la partie mentionnée ci-dessous, **si et à n'importe quel moment, la partie demande des informations autorisées pour quelque raison que ce soit :**

Les éducateurs et administrateurs des écoles du comté de Guilford offrant ou concevant des services éducatifs pour le patient :

J'autorise également les prestataires à discuter par téléphone ou en personne avec les membres du personnel des Écoles du comté de Guilford (GCS) du patient et de ses dossiers, et à partager des copies des dossiers pertinents, le cas échéant.

Objet de la divulgation. Pour les affaires concernant, liées ou découlant des activités scolaires du Patient.

Expiration. Cette autorisation expire le _____ sauf révocation valable avant cette date.

Autres. Je comprends que :

- Cette autorisation inclut toute information autorisée concernant une maladie ou un trouble transmissible (y compris le VIH, le sida, des maladies liées au sida et toute maladie sexuellement transmissible), un abus de drogue ou d'alcool, une maladie mentale, une déficience intellectuelle ou une toxicomanie (y compris les informations régies par G.S. 130A-134, G.S. 122C-52, or 42 CFR, Partie 2).
- L'autorisation s'étend aux informations autorisées que le Prestataire a obtenues auprès d'autres sources.
- Il est possible que les informations autorisées divulguées soient à nouveau divulguées par le destinataire et ne soient plus protégées par la loi, y compris par les lois fédérales sur la protection de la vie privée.
- La signature de cette autorisation ne représente pas une condition pour le Prestataire au regard du traitement du patient et je peux refuser de signer cette autorisation.
- Les informations autorisées ne comprennent pas les « notes relative à une psychothérapie » telles que définies par la loi HIPAA.
- Je peux révoquer cette autorisation par écrit à tout moment, sauf si un Prestataire a déjà pris des mesures fondées sur cette autorisation. Une révocation doit avoir été fournie à un Prestataire pour être valide.

J'accorde cette autorisation volontairement et en connaissance de cause, sachant que j'ai la possibilité de ne pas l'accorder, si je le souhaite.

Signature du représentant personnel du patient

Date :

Nom en toutes lettres du représentant

Description du pouvoir du représentant d'agir pour le patient