



St. Louis Public Schools
Authorization for Release of Information

Ime učenika _____ Datum rođenja _____

Ovim dozvoljavam _____, pristup

Organizaciji/osobi

mojim/ informacijama u vezi mog djeteta a za dole navedene razloge:

Ime _____

Broj telefona _____

Program _____

FAX _____

Adresa _____

Dajem dozvolu za pristup sljedećim zdravstvenim informacijama:

- Ljekarski/bolnički izvještaji i dokumenti
- Psihijatrijski/psihološki izvještaj(sa rezultatima)
- Novije otpusne liste
- Drugo (navedite) _____

Dajem dozvolu za pristup sljedećim obrazovnim informacijama:

- Cjelokupni permanentni obrazovni dokumenti
- Trenutni IEP (Individualizovani obrazovni plan) usluga specijalnog obrazovanja
- Najnovije izvještaje evaluacije (razmatranja)
- Drugo (navedite) _____

Ove informacije će se koristiti u sljedeću svrhu/e:

- Obrazovna evaluacija i planiranje prilagođenog programa
- Procjena zdravstvene situacije i planiranje zdravstvenih usluga i tretmana dok je učenik u školi
- Zdravstvena evaluacija i tretman
- Drugo _____

Dozvola

Ova dozvola važi jednu kalendarsku godinu i ističe datuma _____. Razumijem da mogu povući ovu dozvolu u bilo koje vrijeme kroz pismeni zahtev za povlačenje dozvole. Taj zahtjev se ne odnosi na postupke obavljene prije podnošenja zahtjeva. Takođe razumijem da zdravstveni izvještaji primljeni od strane školskog okruga nisu automatski zaštićeni kroz HIPAA pravila o zaštiti privatnosti nego će postati obrazovna dokumentacija zaštićena Pravilnikom o obrazovnim pravima porodica. Uz to razumijem da ako odbijem dati dozvolu da to neće uticati na pravo mog djeteta da ima pristup uslugama specijalnog obrazovanja.

ZABRANA DALJEG DIJELJENJA: Federalne odredbe u vezi tajnosti zdravstvenih informacija zabranjuju dalje dijeljenje ovih informacija bez posebne pismene dozvole pacijenta ili zakonskog zastupnika.

Potpis roditelja/ zakonskog staretelja

Datum

Potpis učenika (ukoliko je punoljetan)

Datum