



Trường Công Lập St. Louis
Ủy quyền phát hành thông tin

Tên học sinh _____ Ngày sinh _____

Tôi ủy quyền _____, phát hành thông tin

Tổ chức / Cá nhân

hồ sơ của con tôi cho mục đích được liệt kê dưới đây để:

Tên _____

Số điện thoại _____

Chương trình _____

Số fax _____

Địa chỉ _____

Để phát hành thông tin sức khỏe sau:

- ☐ Bác sĩ / Báo cáo / Hồ sơ bệnh viện
- ☐ Báo cáo đánh giá tâm thần / tâm lý (có điểm số)
- ☐ Tóm tắt kết quả gần đây
- ☐ Khác (ghi rõ) _____

Để tiết lộ thông tin giáo dục sau:

- ☐ Hồ sơ học tập tích lũy vĩnh viễn
- ☐ IEP giáo dục đặc biệt hiện tại
- ☐ Báo cáo đánh giá gần đây nhất
- ☐ Khác (ghi rõ) _____

Thông tin này sẽ được sử dụng cho (các) mục đích sau:

- ☐ Đánh giá giáo dục và lập kế hoạch chương trình
- ☐ Đánh giá sức khỏe và lập kế hoạch cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và điều trị tại trường học
- ☐ Đánh giá và điều trị y khoa
- ☐ Khác _____

Ủy Quyền

Giấy phép này có hiệu lực trong một năm dương lịch. Nó sẽ hết hạn vào _____. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản về việc rút lại sự đồng ý của tôi, ngoại trừ việc thêm hành động đó đã được thực hiện. Tôi nhận ra rằng những hồ sơ y tế này, một khi đã nhận được bởi khu học chánh, có thể không được bảo vệ bởi Quy tắc Riêng tư HIPAA, nhưng sẽ trở thành hồ sơ giáo dục được bảo vệ bởi Đạo luật về Quyền riêng tư và Giáo dục Gia đình. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi từ chối ký, việc từ chối đó sẽ không can thiệp vào khả năng của con tôi để có được các dịch vụ giáo dục đặc biệt.

KHUYẾN CÁO VỀ CÔNG BỐ LẠI: Các quy định liên bang về tính bảo mật của hồ sơ y tế nghiêm cấm việc tiết lộ lại thông tin này mà không có sự đồng ý bằng văn bản cụ thể của bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp.

Chữ ký của phụ huynh _____

Ngày _____

Học sinh mười tám tuổi trở lên _____

Ngày _____

01-2012