

Odobrenje za otkrivanje i koristenje podataka o zdravstvenom stanju		
Ucenik	Datum rodjenja	
Ovim dajem odobrenje za otkrivanje informacija o zdravlju gore navedenog ucenika (kao sto je naznaceno u dalnjem tekstu)		
Od: _____	Za: (kontakt osoba) _____	
Adresa: _____	U: (skola ili okrug) _____	
Grad/drzava/postanski broj: _____ _____	Adresa: _____	
Dostavljeni podaci koristit ce se u sljedece svrhe (oznacite sve slucajeve u kojima ce se koristiti):		
<input type="checkbox"/> obrazovne <input type="checkbox"/> pravne	<input type="checkbox"/> medicinske <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> osobne
Konkretni podaci koji ce biti dostavljeni (pocetnim slovima sve odgovarajuce) za period lijecenja od _____ do _____.		
<input type="checkbox"/> kompletna dokumentacija <input type="checkbox"/> otpusnica <input type="checkbox"/> primljene vakcine <input type="checkbox"/> izvjestaji o konsultacijama <input type="checkbox"/> evidencija o fizikalnoj/okupacionoj terapiji <input type="checkbox"/> evidencija o posebnom obrazovanju <input type="checkbox"/> psiholoski nalaz <input type="checkbox"/> pregled intervencija <input type="checkbox"/> rezultati procjene <input type="checkbox"/> nalaz o dusevnom stanju <input type="checkbox"/> nalaz o govornim/jezickim sposobnostima <input type="checkbox"/> zabiljeske o napretku <input type="checkbox"/> ostalo _____		
Ovo odobrenje vrijedi sest (6) mjeseci od datuma potpisivanja. Upoznat/a sam sa cinjenicom da mogu opozvati ovo odobrenje dato skoli i lijecniku u ime mog maloljetnog djeteta dostavljanjem pismene obavijesti zdravstvenoj ustanovi u skladu sa politikama zdravstvenih ustanova. Ovo ne utjece na dostavljenu medicinsku dokumentaciju prije opoziva.		
Jasno mi je da zdravstvena ustanova ne snosi odgovornost ako skola/okrug nastavi davati na uvid otkrivene informacije. Takodjer sam upoznat/a s cinjenicom da otkriveni zdravstveni podaci mogu biti ukljeceni u skolsku dokumentaciju ucenika i da mogu biti proslijedjeni drugoj skoli u koju ucenik zeli ili namjerava da se upise. Skola i okrug ce zastititi ove informacije u skladu sa Zakonom o obrazovnim pravima porodice i zastiti privatnosti (FERPA).		
Potpisivanje ovog dokumenta je dobrovoljno. Uskracivanje potpisa nece utjecati na obavezu skole ili okruga da uceniku osigura kvalitetno obrazovanje. Međutim, tražena dokumentacija može se ukazati potrebnom kako bi skola provela odgovarajući plan obrazovanja, prilagodbe/modifikacije u procesu učenja i/ili zdravstvenu skrb.		
Svjestan sam da ako odobrim objelodanjivanje gore navedenih podataka bilo kojoj osobi ili subjektu koji nije zakonski obvezan da tretira takve podatke kao povjerljive, ti podaci vise nisu zasticeni prema Zakonu o prenosivosti zdravstvenog osiguranja i odgovornosti iz 1996. godine i drugim drzavnim ili federalnim zakonom.		
Upoznat sam sa cinjenicom da imam pravo na primjerak ovog formulara nakon potpisivanja i da mogu pregledati informacije koje se otkrivaju.		
Potpis roditelja/punoljetnog ucenika		Datum
Ovlastenje istice _____		Datum
Primjerak za roditelja/punoljetnog ucenika _____		Datum