# كشف المعلومات بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي ومسؤوليته (HIPAA) لعام 1996

(45 CFR § 164.508)

المنطقة التعليمية/المدرسة:

## تصريح بكشف المعلومات الصحية واستخدامها

الطالب تاريخ الميلاد:

**أمنح التصريح بكشف المعلومات الصحية للطالب المذكور أعلاه (كما هو موضح أدناه).**

من:

العنوان:

المدينة/الولاية/الرمز البريدي:إلى (الشخص المسؤول):

في (المدرسة أو المنطقة):

العنوان شاملاً المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

**سوف تُستخدم المعلومات التي يتم كشفها للأغراض التالية (حدد جميع ما ينطبق):**

[ ]  تعليمي[ ]  قانوني[ ]  طبي[ ]  طبي[ ]  غير ذلك (حدد):

**المعلومات المحددة التي سوف يُكشَف عنها (يرجى التوقيع بالأحرف الأولى أمام جميع ما ينطبق):**

[ ]  نتائج التقييم

[ ]  السجلات الكاملة

[ ]  تقارير الاستشارات

[ ]  ملخص الخروج من المستشفى[ ]  سجلات التطعيمات

[ ]  ملخصات التدخل

[ ]  تقارير الصحة العقلية

[ ]  سجلات العلاج الطبيعي/المهني[ ]  ملاحظات التقدم

[ ]  التقارير النفسية

[ ]  سجلات التعليم الخاص

[ ]  تقارير النطق/اللغة

[ ]  غير ذلك (حدد):

يظل هذا التصريح ساريًا لمدة ستة أشهر من تاريخ التوقيع. وأدرك أنه يحق لي إلغاء هذا الإذن الممنوح للمدرسة وطبيب الطالب نيابة عن طفلي القاصر عن طريق تقديم إشعار خطي لمقدم الرعاية الصحية بما يتماشى مع سياسات مقدم الرعاية الصحية. ولا يؤثر الإلغاء على كشف السجلات الطبية الذي تم قبل الإلغاء.

أدرك أن مقدم الرعاية الصحية غير مسؤول عن أي إفصاحات إضافية عن المعلومات التي يتم الكشف عنها من قبل المدرسة/المنطقة. وأدرك أيضًا أن السجلات الطبية التي يُكشَف عنها قد تصبح جزءًا من سجلات الطالب التعليمية وقد تُحال إلى مدرسة أخرى يسعى الطالب إلى التسجيل فيها أو ينوي التسجيل فيها. وسوف تحمي المدرسة والمنطقة التعليمية هذه المعلومات وفقًا لقانون الحقوق التعليمية والخصوصية للأسرة (FERPA) (34 CFR § 99).

التوقيع على هذا الكشف طوعيّ. ولن يؤثر رفض التوقيع عليه على التزام المدرسة أو المنطقة بتوفير تعليم جيد للطالب. غير أنه قد يلزم تقديم السجلات المطلوبة لكي تنفذ المدرسة خطة التعليم و/أو وسائل تكيف
/تعديلات التعلم و/أو الرعاية الصحية المناسبة.

أدرك أنه إذا منحت التصريح بكشف المعلومات المذكورة أعلاه إلى أي فرد أو جهة غير مطالبة قانونًا بالحفاظ على سريتها، فقد لا تصبح المعلومات محمية بعد ذلك بموجب قانون نقل التأمين الصحي ومسؤوليته لعام 1996 (45 CFR §§ 160 و164)، أو أي قانون آخر للولاية أو فيدرالي.

أدرك أنه يحق لي الحصول على نسخة من هذا النموذج بعد التوقيع عليه وأنه يجوز لي فحص المعلومات التي يتم الإفصاح عنها.

بموجب التوقيع أدناه، أمنح التصريح بكشف واستخدام المعلومات وفقًا للحقوق والقيود والتفاهمات المذكورة أعلاه.

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور)/الطالب الراشد التاريخ

تاريخ انتهاء صلاحية التصريح تاريخ إعطاء النسخة لولي الأمر (أولياء الأمور)/الطالب الراشد