

## YÊU CẦU VÀ CHO PHÉP CÔNG BỐ HỒ SƠ VỀ SỨC KHỎE

**Mục đích:** Con của quý vị đã được các định là cần một sự hỗ trợ trong sức khỏe/tâm lý/giáo dục. Mục đích của mẫu đơn này là cho phép Trường Công Lập Seattle có được hồ sơ về tình trạng sức khỏe để sử dụng trong việc tạo ra một kế hoạch phù hợp để phụ giúp việc học tập của con quý vị. Là phụ huynh/người giám hộ, quý vị có quyền cho phép hoặc không cho phép việc phát hành hồ sơ sức khỏe của con quý vị. Xin hãy điền mẫu đơn này và gửi đến nơi chăm sóc sức khỏe của con của quý vị.

Tên học sinh: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Ngày sinh của học sinh: \_\_\_\_\_ Nhà học chánh: Seattle Public School

Tôi cho phép việc công bố hồ sơ:

Từ: \_\_\_\_\_ Đến: \_\_\_\_\_

*Tên của cơ quan chăm sóc sức khỏe*

*Tên của trường*

*Địa chỉ*

*Địa chỉ*

*Thành phố, Bang, Mã vùng*

*Thành phố, Bang, Mã vùng*

Xin hãy fax hồ sơ đến số fax: \_\_\_\_\_.

**Thông tin y tế chung được công bố(đánh dấu):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hồ sơ về y tế               | <input type="checkbox"/> Đánh giá về tai/mắt         |
| <input type="checkbox"/> Đánh giá về tình cảm/xã hội | <input type="checkbox"/> Đánh giá về tâm lý          |
| <input type="checkbox"/> Kỹ lục về chủng ngừa        | <input type="checkbox"/> Đánh giá ngôn ngữ/nói       |
|  | <input type="checkbox"/> Đánh giá về vật lý trị liệu |

<input type="checkbox"/> <b>Cho phép cụ thể:</b> Bản đồng ý này	<input type="checkbox"/> <b>Không cho phép công bố các thông tin liệt kê dưới đây</b>
<input type="checkbox"/> Sức khỏe tâm thần/chăm sóc tâm lý <input type="checkbox"/> Kiểm tra/chẩn đoán/điều trị HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán/điều trị về lạm dụng ma túy và rượu <input type="checkbox"/> Kết quả kiểm tra/điều trị STD
Tôi hiểu rằng bất kỳ hồ sơ nào có ghi thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần đều được bảo vệ bởi luật của bang (RCW 71.05.390); hồ sơ lạm dụng hoặc điều trị ma túy/rượu được bảo vệ bởi luật của liên bang (42 CFR 2); hồ sơ HIV/AIDS hoặc xác nhận kiểm tra/chữa trị STD được bảo vệ bởi luật của bang (RCW 70.24)	

**Chữ ký của quý vị dưới đây có nghĩa là quý vị hiểu và đồng ý các điều khoản sau:**

- Tôi hiểu rằng tôi không cần phải ký mẫu đơn này để nhận các lợi ích chăm sóc sức khỏe (điều trị, thanh toán, tham gia hoặc đủ điều kiện cho lợi ích) trừ việc khi tôi nhận được sự chăm sóc sức khỏe mà mục đích duy nhất của việc nhận được chăm sóc sức khỏe là tạo ra thông tin cho bên thứ ba nào đó.
- Tôi hiểu rằng (a) tôi phải thu hồi sự cho phép bằng văn bản và có thể làm vậy bằng điền và ký vào đơn thu hồi sự cho phép với cơ quan chăm sóc sức khỏe; và (b) nếu như tôi thu hồi sự cho phép, tôi hiểu rằng việc thu hồi không ảnh hưởng bất kỳ hoạt động nào của cơ quan chăm sóc sức khỏe trên cơ sở của sự đồng ý này
- Thông tin được tôi đồng ý công bố có thể được công bố lại bởi người được phép nhận và sẽ không còn được bảo vệ bởi đạo luật Health Insurance Portability and Accountability Act năm 1996 (HIPAA). Hồ sơ được Trường Công Lập Seattle nhận sẽ được bảo vệ bởi đạo luật Family Education Rights to Privacy Act (FERPA).

Sự cho hày có hiệu lực từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_  
*ngày* *ngày*

**LƯU Ý:** Sự đồng ý cho việc công bố hồ sơ y tế chỉ có giá trị trong vòng 90 ngày nếu như không có ghi chú đặc biệt. Nếu thời hạn không được ghi lại, sự đồng ý sẽ hết hạn 90 ngày sau ngày ký tên.

Tôi hiểu rằng sự đồng ý của tôi là tự nguyện và tôi có thể thu hồi sự đồng ý này bất kỳ lúc nào với văn bản. Nếu tôi thu hồi sự đồng ý, thông tin mà tôi đã cung cấp ở mẫu đơn này sẽ không có giá trị.

Ngày \_\_\_\_\_ chữ ký của phụ huynh/người giám hộ của bệnh nhân \_\_\_\_\_ Quan hệ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_ chữ ký của bệnh nhân/học sinh nếu có hiệu lực \_\_\_\_\_