

الصف: _____ المدرسة: _____

سار المفعول بدءاً من 1 يوليو 2018 إلى 30 يونيو 2019

أعطي إذن لـ _____
يُرجى كتابة بيانات الطلاب الاسم الأخير،
الاسم الأول من الاسم الأوسط،
تاريخ الميلاد

بالوصول على الخدمات الصحية من العيادة الصحية للتمريض بالمدرسة (العيادة) في مدرسة طفلي. أتفهم أن موظفي العيادة لا يمكنهم الاهتمام بجميع الاحتياجات الصحية التي قد تكون لدى طفلي. ومع ذلك، إذا لم يكن طفلي تحت إشراف رعاية منتظمة من طبيب أو عيادة بالفعل، فسوف أتعاون مع العيادة لاختيار طبيب أو عيادة.

I. أقيم موافقة على حصول طفلي على خدمات العيادة: لقد قرأت معلومات العيادة وفهمت الخدمات التي توفرها، التي تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر: الإسعافات الأولية/الرعاية الطارئة، والإحالات إلى موفري الرعاية الصحية في المجتمع، وخدمات التغذية، والتثقيف الصحي، والفحوصات الصحية ومعلومات عن التطعيمات. وسأكون مسؤولاً عن إخطار موظفي العيادة بالتغييرات التي تطرأ على الوصاية، وترتيبات معيشة الطفل أو حضائته، وأرقام الاتصال.

توقيع ولي الأمر أو الوصي (إذا كان عمر الطالب أقل من 18 عاماً): _____ التاريخ: _____
توقيع الطالب (إذا كان بعمر 18 عاماً أو أكثر أو محرراً من الوصاية): _____ التاريخ: _____

لن يتم تقديم خدمات التمريض دون الموافقة، وذلك بموجب قانون الدولة.

II. خصوصية المعلومات: لقد أعدنا إشعاراً مفصلاً لممارسات الخصوصية لمساعدتك في تكوين فهم أفضل لسياساتنا فيما يخص المعلومات الصحية الشخصية (PHI) لطفلك. لك الحق في تلقي هذا الإشعار قبل التوقيع على هذه الموافقة. سيتم نشر الإشعار الحالي في مدرسة طفلك وعلى الموقع الإلكتروني للمجتمع، وتتوفر النسخ عند الطلب عن طريق طلبها من موظفي العيادة.

_____ (الأحرف الأولى من اسم ولي الأمر) أقر بأنه لدى إمكانية الوصول لإشعار ممارسات الخصوصية الصادر عن الشبكة الصحية المجتمعية، عبر الموقع الإلكتروني للمجتمع. (نسخ ورقية عند الطلب).

III. الكشف عن المعلومات: أصرح للعيادة بموجب هذا الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) لاسم الطالب المدرج أعلاه: تتضمن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) للطالب، التي قد يتم الإفصاح عنها بموجب هذا التصريح: سجلات وتقارير للخدمات الطبية المقدمة للطالب في العيادة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، تقييم الإصابات والأمراض التي يعانها الطالب وتشخيصها وعلاجها. يجوز الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) لأغراض خاصة بإدارة العيادة، أو لإدارة المدرسة أو لموظفيها المعيّنين بتقييم أهلية الطالب للمشاركة في الأنشطة المدرسية، أو للبيت في المظالم. بالإضافة إلى ذلك، أعرب عن موافقتي لموظفي العيادة الصحية المدرسية بالاطلاع على السجل المدرسي الكامل لطفلي، بما في ذلك الحضور لتقديم معلومات قد تساعد موظفي العيادة على تقديم المساعدة لطفلي. وأتفهم أن العيادة لن تقيّد الخدمات المقدمة للطالب بناءً على قراري بعدم التوقيع على هذا التصريح، ولكن قد تكون مشاركة الطالب في بعض الأنشطة المدرسية المدعومة مشروطة بالتوقيع على هذا التصريح.

انتهاء مدة التصريح: كما هو موضح أعلاه. أتفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التصريح كتابياً في أي وقت قبل تاريخ انتهاء صلاحيته، باستثناء الحالات التي تكون العيادة قد اتخذت فيها إجراءً بناءً على هذا التصريح، عن طريق إرسال إلغاء كتابياً لأحد أعضاء موظفي العيادة. أتفهم أن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) التي تكشف عنها العيادة، قد تكون معرضة لإعادة الكشف عنها من قبل أي مستلم ولم تعد محمية بموجب القوانين الفيدرالية أو قوانين الولاية المتعلقة بالخصوصية.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

توقيع الطالب (إذا كان بعمر 18 عاماً أو أكبر أو محرراً بموجب القانون): _____ التاريخ: _____