

AUTORISATION DE DIVULGATION DES INFORMATIONS DES ÉTUDIANTS AUX PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Par la présente, je demande et j'autorise les Écoles du comté de Guilford à divulguer les informations et / ou les dossiers suivants aux Prestataires de services de soins de santé / de santé mentale énumérés ci-dessous et à renoncer à toute protection offerte par la loi sur les droits de la famille en matière d'éducation et sur la protection de la vie privée et (« FERPA- Family Educational Rights and Privacy Act ») ou par toute autre loi relative à la confidentialité, en ce qui concerne la production de ces dossiers dans le but limité de pouvoir les transmettre aux Prestataires de services de soins de santé / de santé mentale énumérés ci-dessous qui fournissent au patient tout type de soins de santé (« Prestataire » ou « Prestataires »). Je suis autorisé à accorder la divulgation, comme indiqué ci-dessous :

Patient. Nom du patient : _____, Date de naissance : _____

Informations autorisées. Les informations à divulguer et / ou dont il est possible de discuter (« Informations autorisées ») sont :

<input type="checkbox"/> Divulgarion illimitée	<input type="checkbox"/> Vision, résultats de tests	<input type="checkbox"/> Rapports TDAH
<input type="checkbox"/> Historique du développement social	<input type="checkbox"/> Ouïe / Audiologique	<input type="checkbox"/> Médication actuelle
<input type="checkbox"/> Test relatif à l'expression orale et au langage	<input type="checkbox"/> Records de service exceptionnels pour enfants	
<input type="checkbox"/> Dossiers relatifs aux incidents comportementaux	<input type="checkbox"/> Dossiers pédagogiques/scolaire	Autre _____

Divulgarion illimitée signifie toute information et tout dossier liés au patient, notamment toute information relative à l'éducation, à la santé ou à l'état physique ou mental passé ou condition, présent ou futur du patient ; la fourniture de soins de santé au patient, ou la fourniture de services éducationnels au patient ; incluant ces informations sous quelque forme que ce soit, *qu'il s'agisse d'une copie papier, électronique, d'une communication verbale ou autre.*

Partie recevant la divulgation : Les prestataires sont priés et autorisés à divulguer des informations autorisées et à en discuter avec la partie mentionnée ci-dessous, *si et à n'importe quel moment, la partie demande des informations autorisées pour quelque raison que ce soit* :

Prestataires pour le patient :

J'autorise également les Prestataires et les représentants des Écoles du comté de Guilford (GCS) à discuter par téléphone ou en personne du patient et de ses dossiers, et à partager des copies des dossiers pertinents, le cas échéant.

Objet de la divulgation. Pour les affaires concernant, liées ou découlant des activités scolaires du Patient.

Expiration. Cette autorisation expire le _____ sauf révocation valable avant cette date.

Autres. Je comprends que :

- Cette autorisation inclut toute information autorisée concernant une maladie ou un trouble transmissible (y compris le VIH, le sida, des maladies liées au sida et toute maladie sexuellement transmissible), un abus de drogue ou d'alcool, une maladie mentale, une déficience intellectuelle ou une toxicomanie (y compris les informations régies par G.S. 130A-134, G.S. 122C-52, or 42 CFR, Partie 2).
- L'autorisation s'étend aux informations autorisées que le Prestataire a obtenues auprès d'autres sources.
- Il est possible que les informations autorisées divulguées soient à nouveau divulguées par le destinataire et ne soient plus protégées par la loi, y compris par les lois fédérales sur la protection de la vie privée.
- La signature de cette autorisation ne représente pas une condition pour le Prestataire au regard du traitement du patient et je peux refuser de signer cette autorisation.
- Les informations autorisées ne comprennent pas les « notes relative à une psychothérapie » telles que définies par la loi HIPAA.
- Je peux révoquer cette autorisation par écrit à tout moment, sauf si un Prestataire a déjà pris des mesures fondées sur cette autorisation. Une révocation doit avoir été fournie à un Prestataire pour être valide.



J'accorde cette autorisation volontairement et en connaissance de cause, sachant que j'ai la possibilité de ne pas l'accorder, si je le souhaite.

Signature du représentant personnel du patient

Date :

Nom en toutes lettres du représentant

Description du pouvoir du représentant d'agir pour le patient