

گلفورڈ کاؤنٹی اسکولس کو طالب علم کے معلومات صحت کے انکشاف کا اجازت نامہ

میں بذریعہ ہذا درخواست کرتا/کرتی ہوں اور اس کی اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ کوئی یا سبھی پہلے کیئر فراہم کار، اطباء، دیگر پریکٹیشنرز اور نگہداشت صحت کے ادارے جو مریض کو کسی بھی قسم کی نگہداشت صحت فراہم کی ہو، فراہم کرنے والے ہوں یا مستقبل میں فراہم کریں گے ("فراہم کار" یا "فراہم کاران") وہ ان مریض کی صحت سے متعلق انفرادی شناختی معلومات اور مریض سے متعلق دیگر معلومات کا انکشاف کر سکتے ہیں اور ان پر تبادلہ خیال کر سکتے ہیں، جن کے لیے مجھے انکشاف کی اجازت دینے کا اختیار ہے، جیسا کہ نیچے مذکور ہے:

مریض کا نام: _____، تاریخ پیدائش: _____

مجاز شدہ معلومات وہ معلومات جس کا انکشاف اور/یا جن پر تبادلہ خیال مطلوب ہے ("مجاز شدہ معلومات") ہے:

_____ غیر محدود انکشاف	_____ بینائی، جانچ کے نتائج	_____ ADHD رپورٹیں
_____ سماجی سرگرمیوں کی تفصیلات	_____ استثنائی خدمت اطفال کے ریکارڈز	_____ تکلم/زبان کی جانچ
_____ سماعت/سمعیتی	_____ طبی جائزے	_____ زیر استعمال دوائیں
_____ صحت کے جائزے	_____ دیگر	

غیر محدود انکشاف کا مطلب ہے مریض سے متعلق تمام معلومات صحت اور ریکارڈز جس میں ایسی کوئی یا تمام معلومات شامل ہیں جن کا تعلق مریض کی سابقہ، موجودہ یا آئندہ جسمانی صحت یا دماغی صحت یا مریض کے حالت؛ مریض کو نگہداشت صحت کی فراہمی کے لیے سابقہ، موجودہ یا آئندہ ادائیگیوں؛ اور کسی بھی شکل میں اس طرح کی معلومات، چاہے کاغذی طبع شدہ نقل، الیکٹرونک نقل، زبانی اطلاع ہو یا کوئی دیگر شکل۔

انکشاف کا وصول کنندہ فریق: فراہم کاران سے درخواست کی جاتی اور انہیں اجازت دی جاتی ہے کہ وہ مندرجہ ذیل فریق کو مجاز شدہ معلومات کا انکشاف اور اس پر تبادلہ خیال کریں، اگر اور جب کبھی بھی پارتی کسی بھی سبب سے مجاز شدہ معلومات کی درخواست کر سکتا ہے:

مریض کے لیے تعلیمی خدمات فراہم یا وضع کرنے والے گلفورڈ کاؤنٹی اسکولس کے ماہرین تعلیم اور ماہرین انتظامیہ :

میں فراہم کاران کو اس کی بھی اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ وہ GCS کارکن کے ہمراہ ٹیلیفون سے یا ذاتی طور پر مریض اور مریض کے ریکارڈ پر تبادلہ خیال کر سکتے ہیں اور حسب ضرورت متعلقہ ریکارڈز کی نقول میں اشتراک کی بھی کر سکتے ہیں۔

انکشاف کا مقصد ان امور کے لیے جن کا تعلق اور سروکار مریض کی اسکول کی سرگرمیوں سے ہو یا جو ان کی وجہ سے پیدا ہوا۔

خاتمہ۔ یہ اجازت نامہ _____ کو ختم ہوتا ہے تو قہراً اس کی مدد صلاحیت کی تجدید اس تاریخ سے پہلے نہ کر دی جائے۔

اضافی امور۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:

- اس اجازت نامے میں ایسی کوئی بھی مجاز شدہ معلومات شامل ہے جس کا تعلق کسی متعدی مرض یا عارضے سے ہو (بشمول ایچ آئی وی (HIV)، ایڈز (AIDS)، ایڈز (AIDS) سے متعلق عوارض اور جنسی طور پر منتقل ہونے والے مرض)، نشیلی دوا یا الکحل کا بیجا استعمال یا ذہنی بیماری، ارتقائی معذوری، نشیلی اشیاء کا بیجا استعمال (جس میں G.S. 122C-52, G.S. 130A-134, یا 42 CFR حصہ 2) کے تحت آنے والی معلومات بھی شامل۔
- اس اجازت نامے کا اطلاق اس مجاز شدہ معلومات پر بھی ہوتا ہے جو فراہم کار نے دیگر ذرائع سے حاصل کی ہو۔
- اس کا امکان موجود رہتا ہے کہ منکشف کی گئی مجاز شدہ معلومات کا دوبارہ انکشاف مریض کرے اور یہ بھی کہ وہ بشمول وفاقی قوانین راز داری قانوناً اس کا تحفظ مزید نہ کیا جائے۔
- فراہم کار مریض کے علاج کو اس سے مشروط نہیں کر سکتا کہ کیا میں نے اجازت نامے پر دستخط کیا ہے یا نہیں اور میں اجازت نامے پر دستخط کرنے سے انکار کر سکتا/کر سکتی ہوں۔
- مجاز شدہ معلومات میں "فزیوتھراپی نوٹس" ("اطلاع نامے") شامل نہیں کیے جا سکتے کیونکہ اس اصطلاح کی وضاحت HIPAA کے ذریعے کی گئی ہے۔
- میں اس اجازت نامے کو کسی بھی وقت تحریری طور پر منسوخ کر سکتا/کر سکتی ہوں اس حد کے استثناء کے ساتھ کہ کوئی فراہم کار اس اجازت نامے پر اعتماد کرتے ہوئے پہلے ہی کارروائی کر چکا ہو۔ کسی منسوخ کے نفاذ کے لیے اطلاع نامہ منسوخ کسی فراہم کار تک پہنچایا جانا چاہیے۔

یہ سمجھتے ہوئے کہ اگر میرا جی چاہے تو مجھے اس پر دستخط نہ کرنے کا پورا اختیار ہے، میں رضاکارانہ اور دانستہ طور پر اس اجازت نامے پر دستخط کرتا/کرتی ہوں۔

_____ مریض کے ذاتی نمائندے کے دستخط _____ تاریخ: _____

_____ نمائندے کا نام بڑے حروف میں لکھیں

_____ مریض کی قائم مقامی سے متعلق نمائندے کی تفصیلات