

التسجيل في المركز الصحي المدرسي لقطاع صحة كريتر بورتلاند

استمارة التفويض لاستخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها

من خلال التوقيع أدناه، فإنني أقر وأوافق على ما يلي، فيما يتعلق بتسجيل طفلي في المركز الصحي التابع لمدرسة بورتلاند الصحية الكبرى (مركز الصحة المدرسية في كريتر بورتلاند GPH) والكشف عن السجل الصحي لطفلي والمعلومات ذات الصلة:

- لقد تأقبت وقرأت إشعار ممارسات المعلومات الصحية في مركز الصحة المدرسية في GPH التي تقدم المشورة فيما يتعلق بالاستخدامات والإفصاحات التي قد يتم إجراؤها للمعلومات الصحية في السجل الصحي لطفلي، وفقاً لمعايير السرية والخصوصية HIPAA.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH للوصول إلى السجل الصحي المدرسي لطفلي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، السجلات المادية والسلوكية والاستشارية إن وجدت، وأي معلومات ذات صلة، لأغراض متعلقة بالعلاج أو كما يقتضي القانون أو يسمح به على النحو الذي يحدده مركز GPH الصحي.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH بتزويد المدرسة (بما في ذلك الممرضة والأخصائيين الاجتماعيين) بمعلومات من سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH حسب الضرورة والمناسبة للأغراض المتعلقة بالعلاج أو وفقاً لما يقتضيه القانون أو يسمح به وفقاً لما يحدده قطاع كريتر بورتلاند الصحي GPH
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH بمشاركة المعلومات في سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH (بما في ذلك سجلات الصحة المدرسية إذا كانت مدرجة في سجل مركز الصحة المدرسية في GPH) مع الأطباء المعالجين الآخرين ومقدمي الخدمات بما في ذلك مقدمي الرعاية الأولية وأطباء الأسنان وأخصائيي الصحة العقلية لتسهيل تقديم الرعاية الصحية لطفلي.
- أفوض مقدم الرعاية الأولية وطبيب الأسنان وأخصائيي الصحة العقلية لطفلي ("مزودي الرعاية الصحية من طرف ثالث") لتقديم المعلومات والسجلات الصحية إلى مركز الصحة المدرسية في GPH لتسهيل تقديم الرعاية الصحية من قبل مركز الصحة المدرسية التابع لـ GPH لطفلي. أفهم أنه قد يطلب مني موفرو الطرف الثالث إجراء تفويض منفصل للسماح بالكشف عن السجلات المتعلقة بالمعالجة من قبل موفري الطرف الثالث.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH لإصدار معلومات من سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH حسب الضرورة لشركات التأمين على الفواتير أو غيرهم من الجهات الدافعة.
- أفهم وأوافق على ما يلي: (1) هذا التفويض صالح لمدة عام واحد من تاريخ التوقيع ما لم يتم توفير مدة أقصر هنا؛ و (2) يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار كتابي بسحب التفويض، باستثناء الحد الذي اعتمد فيه مركز الصحة المدرسية في GPH على الموافقة الأصلية.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

الاسم بحروف كبيرة: _____ صلة القرابة: _____