

منطقة ماديسون متروبوليتان التعليمية

WEST DAYTON STREET, MADISON WI 53703 545

الاسم القانوني للطالب:

رقم هوية الطالب:

تاريخ الميلاد:

الصف:

المدرسة:

التاريخ:

تفويض بالحصول على سجلات ومعلومات الرعاية الصحية للمريض أو الإفصاح عنها

عزيزي

لكي نتمكن من الحصول على معلومات تتعلق بطفلك، _____، أو الإفصاح عنها، يلزم الحصول على إذن كتابي منك. يُرجى تعيين نسخة واحدة وإعادتها والاحتفاظ بالنسخة الأخرى لملفاته.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى التواصل معي على _____.

مع خالص التحيات،

(اسم ولقب مسؤول الاتصال في المنطقة التعليمية)

أنا الموقع أدناه، أطلب وأفوض

(المدرسة، والبيئة (الهيئات)، والدور المهني)

إلى _____ إصدار إلى _____

الحصول على _____

تبادل مع _____

في _____

(عنوان الشارع، المدينة، الولاية، والرمز البريدي)

سجلات/معلومات الرعاية الصحية للمريض التي أشرت إليها أدناه.

الغرض من الحصول على/إفصاح سجلات/معلومات الرعاية الصحية للمريض هذه هو:

نوع سجلات/معلومات الرعاية الصحية للمريض المطلوب الإفصاح عنه هو:

الإطار الزمني لإنشاء سجل الرعاية الصحية للمريض (التبادل الشفهي للمعلومات، يُرجى ذكر "لا ينطبق" أو "غير متاح"):

هذا التقويض ساري المفعول حتى ____ / ____ / ____ (يجب التحديد).

هذا التقويض طوعي، وبالتالي يجوز رفضه؛ ولا يُشترط الحصول على العلاج أو الدفع أو التسجيل أو استحقاق المزايا، إن وجدت، بموجب هذا التقويض. يمكن إلغاء هذا التقويض في أي وقت كتابياً إلى _____ (اسم/لقب مسؤول الاتصال في المنطقة التعليمية المذكور أعلاه) وإرساله بالبريد الدرجة الأولى أو الشخصي. يسري الإلغاء فور استلامه، باستثناء ما إذا كانت المعلومات قد أُفصحت عنها سابقاً بناءً على هذا التقويض.

تعتبر نسخة هذا النموذج سارية المفعول كالأصل.

التوقيع:

صلة القرابة:

العنوان:

رقم الهاتف:

التاريخ:

الطالب: قاصر فقد الأهلية/ غير كفء متوفى

الجهة القانونية: الوصي القانوني والد/والدة القاصر وكيل الرعاية الصحية أخرى: _____

إذا كانت منطقة ماديسون متروبوليتان التعليمية تُنصح عن سجلات الرعاية الصحية الأولية التي أنشأتها إدارة مدارس ماديسون متروبوليتان، يُرجى تعبئته المربع أدناه:

توقيع الموظف المُفصح عن السجلات:

تاريخ الإفصاح:

تاريخ تحميل النموذج إلى سجل الطالب الإلكتروني:

راجع وثيقة الإرشادات الكاملة لمعرفة كيفية تعبئة هذا النموذج وكيفية حفظه وسجلات الرعاية الصحية الأولية.

احفظ بالنسخة الأصلية. أعط نسخةً واحدةً للوالد أو أي شخصٍ مُصرّح له قانوناً وقع على النموذج. حمل نسخةً من الموافقة إلى السجل الصحي الإلكتروني للطالب. أرسل نسخةً مع السجلات المُصرّح بها إذاً كانت تصرّح بها إلى جهةٍ أخرى غير الوالد أو أي شخصٍ مُصرّح له قانوناً وقع على الإصدار.

*إذا كان مُقدّم رعايةٍ صحية، يُرجى ذكر نوع المُقدّم (مثل: طبيب، مُقّوم عظام، مُمرضة، مُعالج فيزيائي، مُعالج جراحي، طبيب نفسي، أخصائي سمع، إلخ).

بعد مراجعة سجلات رعاية صحة المريض وتحليلها وتوثيقها في سجلات منطقة ماديسون متروبوليتان التعليمية، سيتم الاحتفاظ بها وتخزينها من قبل مُقدّم رعايةٍ صحيةٍ مدرسيٍّ مُرخصٍ/معتمدٍ من منطقة ماديسون متروبوليتان التعليمية لمدة 3 سنوات.

معلوماتٌ إضافية: يمكن مُشاركة المستندات مع أي شخص، بما في ذلك جهات الاتصال في حالات الطوارئ، إذا قام الوالد/الوصي أو الطالب البالغ بتعبئة هذا النموذج. يحق للطالب البالغين من العمر 18 عاماً الوصول إلى جميع مستنداتهم الخاصة. قد يُمنع الوصول إلى الوالدين/الأوصياء الحاضنين إذا قدم الطالب البالغ من العمر 18 عاماً إشعاراً كتابياً.

نصائح لإكمال الموافقة

- تشمل أمثلة أنواع سجلات الرعاية الصحية الأولية المطلوبة خطط الرعاية، ولاحظات زيارة العيادة، وخطط الحضور، واللاحظات الموجودة في سجلات الطالب الإلكتروني لتدخلات التعلم الاجتماعي/العاطفي، وتوثيق اتصالولي الأمر/الوصي.
- في حال إصدار سجلات الرعاية الصحية الأولية المكتوبة، يجب أن يتضمن الإطار الزمني المطلوب تواريخ محددة.
- تشمل أمثلة الغرض من الإفصاح الرعاية المستمرة، والعلاج الطبي، وفوائير التأمين، والإجراءات القانونية، إلخ.
- في حال عدم تحديد تاريخ انتهاء صلاحية التفويض، تنتهي صلاحية نموذج الموافقة بعد عام واحد من تاريخ توقيعه.
- يجب تقديم جميع طلبات السجلات الجديدة للطالب الذي لديه تفويض ساري المفعول في الملف كتابياً، وأن تتضمن:
اسم الطالب، وتاريخ ميلاده، والمدرسة التي التحق بها عند إنشاء سجل الرعاية الصحية الأولية، ونوع سجل الرعاية الصحية الأولية المطلوب، والإطار الزمني لإنشاء سجل الرعاية الصحية الأولية، والغرض من الإفصاح أو الحاجة إليه.

إعادة الإفصاح عن المعلومات

- يجوز للمستلم إعادة إصدار أي سجلات رعاية صحية أولية تم إصدارها بموجب نموذج الموافقة هذا. بمجرد إصدارها للمستلم، لا تملك إدارة مدارس منطقة ماديسون (MMSD) أي سيطرة على إصداره للسجلات.

النموذج 101370

مُعدّل في أكتوبر 2019

مُعدّل في يناير 2024

مُعدّل في فبراير 2025