Glenview School District 34
1401 Greenwood Road
Glenview, Illinois, 60026-1511
www.glenview34.org

보호된 교육 기록 및 보건 정보 공개의 승인

환자/학생 이름: _____ 생년월일: ____ /____ /_____

본인은 다음과 같이 승인

합니다:_____

_____

전화:_____
(기록물 공개를 허가 받은 개인의 이름, 주소, 전화 번호)

보호된 건강 정보 와/또는 교육: _____기록을 공개 하려면_____

_____

전화:_____
(기록물 공개를 허가 받은 개인의 이름, 주소, 전화 번호)

☐ 확인 상호 정보교환을 위한 상기의 당사자에 대한 허가여부.	☐ 모든 영구 기록 (기본 식별 정보를 포함하되 이에 국한되지 않음) 모든 주 평가에서 받은 학업 성적, 출석 기록, 건강 기록 및 점수	☐ 모든 임시 기록 (국가 평가, 규율 및 보건 기록, 사고 보고서, 시험 결과, 성적표, 진도 관찰 정보, 특수 교육 기록, 504절 기록 포함하되 이에 국한 하지 않음)

전체 기록이 아닌 경우 아래 선택 사항 중에서 해당되는 모든 기록을 선택하십시오:

교육 정보: ___성적/성적표/성적 기록 ___ 심리 평가 ___말하기 및 언어 평가 보고서 ___교육 시험 (직영 과 주) ___ IEP's/504 계획/적격 서류 ___건강 기록 ___작업 치료 평가 보고서 ___물리치료 평가 보고서 ___사회 평가/기록 ___신경 심리학 평가 ___보조 기술 정보 ___ 행동 수련 정보 ___ ___/___ /___ 에서 ___/___ /___ 까지 기간만 해당됩니다	약물 남용 정보: 의료 정보: ___의료 기록 ___치료계획 ___면역 기록 ___간호사 평가 ___학교 신체 기록 ___ TB 또는 기타 테스트 결과 ___의약품 기록 ___HIV 정보 ___납 검사 ___치과 ___ ___/___ /___ 에서 ___/___ /___ 까지 기간만 해당됩니다	정신 건강 정보: ___치료 계획 ___정신 의약적 평가 ___심리 평가 ___신경심리 평가 ___임상 평가 ___치료 노트 ___임상 노트 ___의약품 기록 ___퇴원 기록 ___사회 평가/기록 _____/___ /___ 에서 ___/___ /___ 까지 기간만 해당됩니다

약물 남용 정보:
__약물 남용 이력 ___퇴원/지속적 관리 계획 ___치료, 출석 배치 및 진행

이 인증은 1년 동안 유효하며 _____에 만료됩니다. 동의 철회 통지서를 제출하면 언제든지 이 승인을 취소할 수 있음을 이해하고 있습니다. 본 승인 취소는 본 승인에 의존하거나 해지 통보 이전에 학군 또는 의료 제공자가 취한 조치에는 적용되지 않는다는 것을 알고 있습니다. 기록의 공개를 허가하지 않으면 자녀에 대한 교육 프로그램 및/또는 의료 서비스에 악영향을 미칠 수 있다는 것을 이해합니다. 나는 일단 학군이 받은 건강 기록은 HIPAA 프라이버시 규칙에 의해 보호 되지 않으며 가족 교육권 및 프라이버시 법에 의해 보호되는 교육 기록이 될 수 있다는 것을 인정합니다. 또한서명을 거부해도 그런 거절이 아이의 건강관리에 지장을 주지 않는다는 것도 이해합니다. 또한 교육 기록을 검사하고

복사할 수 있으며, 해당 내용에 대해 이의를 제기할 수 있는 권한도 있음을 이해합니다.

_____ _____ ___/___ /_____
부모님 성함 (인쇄) 부모님 서명 날짜

_____ ___ /___ /_____
학생 서명 (학생이 12살이 넘었고 정신건강기록의 공개에 관한 허락인 경우) 날짜

_____ _____ ___/___ /_____
증인 이름 (인쇄) 서명 날짜

(학생이 12살이 넘었고 정신건강기록의 공개에 관한 허락인 경우)