



# الموافقة على الكشف عن المعلومات الصحية

CONSENT TO RELEASE HEALTH INFORMATION



## معلومات الطالب

إسم عائلة الطالب:	الإسم الأول:	الإسم الوسط:	تاريخ الميلاد:
/ /	/ /	/ /	/ /
إسم ولي الأمر/ الوصي الأول و إسم العائلة:	رقم هاتف المنزل أو الخليوي:	( )	

## الموافقة على نشر المعلومات

من خلال التوقيع على نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات، أوافق على ما يلي:

- أفوض مدرسة طفلي بالكشف عن معلومات الطالب التالية للأفراد/ المجموعات المدرجة أدناه: عائلة الطفل ومعلومات الاتصال في حالات الطوارئ، سجلات الحضور والانضباط، سجل اللقاحات، نتائج الفحوصات الصحية مثل السمع والبصر، التقييمات النفسية، سجلات التعليم الخاص، القسم 504 خطة الإقامة وأي معلومات تتعلق بالحالات الطبية، مثل الربو أو السكري أو النوبات.
- مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية لطفلي
- خطة التأمين الصحي لطفلي
- إدارة ميشيغان للصحة والخدمات البشرية وقسم صحة ديترويت (سجلات اللقاحات فقط)
- مقدمو الخدمات الصحية في المدارس - انظر أدناه
- أفهم أن مشاركة هذه المعلومات ستسمح لـ DPSCD بالعمل مع كل من هؤلاء الأفراد/ المجموعات لتنسيق الرعاية، وتوفير خدمات التوعية إذا لزم الأمر، والحفاظ على صحة طفلي وأمانه في المدرسة.
- أفهم أنه يحق لي تلقي نسخة من أي سجلات تم الكشف عنها. (إذا كنت ترغب في تلقي نسخة، فيرجى تقديم بريد إلكتروني أو عنوان يتم إرسال السجلات إليه).
- أفهم أن هؤلاء الأفراد قد يستخدمون أيضًا السجلات التي توفرها DPSCD للاتصال بي و/ أو التحقق من المعلومات لأغراض تتعلق بصحة الطلاب.
- أفهم أن تفويضي للسماح بمشاركة المعلومات المذكورة أعلاه طوعي وأنها تنتهي صلاحيتها عندما يغادر طفلي منطقة المدرسة أو يكون من الخريجين. أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال إرسال مذكرة أو رسالة رسالة إلى مكتب إدارة المدرسة.

قد يشمل مقدمو الخدمات الصحية في المدارس أيًا مما يلي:

- المراكز الصحية المدرسية (SBHC): القدرة على تشخيص وعلاج العديد من الحالات الشائعة مثل التهاب الحلق والصداع والتهابات الأذن، وكذلك إدارة الحالات الصحية المزمنة. قد توفر SBHC أيضًا خدمات الصحة السلوكية.
- خدمات طب الأسنان: قد تشمل تعليم صحة الفم، والفحوصات، وتطبيق ورنيش الفلورايد، والرعاية الوقائية والتنظيف، والرعاية التصالحية/ التصحيحية.
- خدمات الرؤية: قد تشمل الفحص والفحص والعلاج و/ أو التصحيحات مثل النظارات.
- خدمات التحصين
- خدمات الصحة السلوكية

لكي يتلقى طفلك هذه الخدمات، من هؤلاء المزودين، ستحتاج إلى إكمال نموذج تسجيل منفصل مع كل من مقدمي الخدمات.

إسم ولي الأمر/ الوصي:	العلاقة بالطفل:	التاريخ:
/ /	/ /	/ /



## قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA)

### ما هو FERPA؟

قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA) هو قانون إتحادي يحمي خصوصية سجلات تعليم الطلاب. بشكل عام ، يجب أن تحصل المدارس على إذن كتابي من ولي الأمر، أو الطالب إذا كان عمره أكبر من 18 عامًا، من أجل نشر أي معلومات من السجل التعليمي للطلاب.

### السماح لماذا؟

تطلب المنطقة المجتمعية لمدارس ديترويت العامة موافقتك لأننا قد نحتاج إلى مشاركة المعلومات الواردة في سجلات الطلاب مع مقدم الرعاية الصحية لطفلك، أو خطة التأمين الصحي، أو مقدم الخدمة الصحية في المدرسة، أو وفقاً لما يقتضيه القانون، بما في ذلك إلى أقسام الصحة في ميشيغان وديترويت

. مقدمو الرعاية الصحية هم الطبيب (الأطباء) أو الممرض (الممارسون) الذين يعتنون بطفلك، كما هو مذكور في سجلات المنطقة. الخطة الصحية هي منظمة تدير مزايا الرعاية الصحية لطفلك، مثل Medicaid أو شركة التأمين الصحي.

### لماذا هذا مهم؟

يسمح نموذج الموافقة هذا للمنطقة، عند الطلب أو الضرورة بموجب القانون، و / أو المساعدة في تنسيق الرعاية الصحية، بما في ذلك المنافع، من خلال مشاركة المعلومات الصحية من السجل التعليمي للطلاب. بدون موافقتك ، تكون المنطقة محدودة في كيفية تعاونها مع مقدم الرعاية الصحية لطفلك، أو خطة التأمين الصحي، أو مقدم الخدمة الصحية في المدرسة لمساعدتك أو مساعدة طفلك.

### ما لا تفعله هذه الاستمارة.

- هذا النموذج يخول المنطقة فقط بالكشف عن المعلومات لأغراض محدودة، بموافقتك. قد يكون لكل مقدم رعاية صحية أو خطة تأمين صحي أو مقدم خدمة صحية في المدرسة طريقته الخاصة في الحصول على إذن منك لمشاركة المعلومات مع المقاطعة.
- توقعك لا يسمح للمنطقة بالحصول على علاج طبي لطفلك نيابة عنك.

الرجاء مساعدتنا في إيصالك أنت وطفلك بالخدمات الصحية من  
خلال التوقيع وإعادة الصفحة السابقة