

Prince William 카운티 공립학교
의료 정보의 교환 및 공개에 대한 승인 및 동의

| | | |
|------------------|------------|------------|
| _____ 학생 이름 | _____ 학생번호 | _____ 생년월일 |
| _____ 학부모/보호자 이름 | _____ 전화번호 | _____ 학교 |

개별 학생에 대해 얻은 정보는 기밀로 분류됩니다. 개인 정보는 학부모/보호자가 승인한 경우를 제외하고는 학교기관 외부의 누구와도 논의하거나 공개할 수 없습니다.

아래 서명자는 다음을 승인합니다. 제공자 _____
주소 _____ 전화번호 _____ 팩스 _____
다음 담당자에게 공개:
학교 간호사: 학교 이름 _____ 주소 _____
전화 _____ 팩스 _____ 학생 건강 기록의 정보.

다음 정보가 요청됩니다:

_____ 건강 기록
_____ 신체 검사 보고서
_____ 예방접종 기록
_____ 기타(자세히 명시) _____

귀하 자녀에 대해 받은 정보는 다음 중 한 가지 이상에 사용됩니다.

1. 자녀의 개별 교육 프로그램에 대한 평가를 용이하게 하기.
2. 학교에 있는 동안 특별한 서비스가 필요할 수 있는 자녀의 건강 요구 사항을 파악하기.
3. 귀하가 자녀를 위해 원할 수 있는 건강 상담 또는 학교 보건 서비스를 용이하게 하기.
4. 교육기관 직원이 자녀의 건강 요구 사항을 더 잘 이해할 수 있도록 하기.

이 승인은 언제든지 서면으로 취소할 수 있으며 학년도 말 6 월 30 일에 자동으로 만료됩니다.

| | | |
|----------|------------------|---------------|
| _____ 날짜 | _____ 학부모/보호자 서명 | _____ 자녀와의 관계 |
|----------|------------------|---------------|

학교는 이 정보에 대한 비용을 지불할 권한이 없거나 자금이 지원되지 않습니다.