



750 E. Main St., Box 1007
El Cajon, CA 92022-1007
(619) 588-3265 Fax: (619) 588-3673

Website: www.cajonvalley.net

التحويل بكشف وتبادل واستخدام المعلومات الصحية مع مديريات المدارس

ان إكمال هذه الوثيقة يخول طبيب أو موفر الرعاية الصحية لطفلك ان يتبادل المعلومات مع مديرية مدارس كاهون فالي فيما يخص التاريخ الصحي والطبي لطفلك على النحو المبين ادناه بما يتفق مع قانون ولاية كاليفورنيا والقوانين الفيدرالية (مثلا HIPAA) المتعلق بالحفاظ على سرية هذا النوع من المعلومات. الفشل في تقديم جميع المعلومات المطلوبة قد يؤدي الى الغاء هذا التفويض.

أستخدام وكشف المعلومات

تاريخ الولادة	الحرف الأول من الأسم الوسط	الأول	ألقب
أنا الموقع أدناه، أخول (اسم الوكالة و / أو مقدم الرعاية الصحية):			
(1) _____ (2) _____			
بتزويد معلومات صحية من السجل الطبي للطفل المذكور أعلاه الى:			
العنوان / المدينة والولاية/ الرمز البريدي		مديرية المدرسة التي سترسل اليها معلومات الطالب	
الرمز التلغوني ورقم التلغون		الشخص المسؤول في المديرية	

ان الكشف عن المعلومات الصحية مطلوب للغرض التالي:

ستقتصر المعلومات المطلوبة على: جميع المعلومات الصحية أو نوع المرض- معلومات محددة كما هو موضح: _____

المدة:

سيعتبر هذا التفويض نافذا على الفور ويظل ساري المفعول حتى _____ (أكتب التاريخ). أو إذا لم يتحدد تاريخ التفويض فسيعتبر نافذا لسنة واحدة اعتبارا من تاريخ التوقيع.

التقييد:

قانون كاليفورنيا يحظر على مقدم طلب الكشف تقديم طلب اضافي للكشف عن المزيد من المعلومات الصحية لطفلي ما لم يكون حاصلًا على ترخيص مني لهذا الكشف أو إذا كان هذا الكشف مطلوبًا أو يسمح به القانون.

حقوقك:

أنا أفهم أن لدي الحقوق التالية فيما يتعلق بهذا التفويض: إلغاء هذا التفويض في أي وقت، أن يكون الإلغاء خطيا، موقع من قبلي أو بالأصالة عني، ويسلم إلى وكالات الرعاية الصحية / الأشخاص المذكورين أعلاه. سيكون الإلغاء فعالا عند استلامه لكنه لن يكون فعالا لدرجة أن مقدم طلب التفويض أو غيره قد تصرف اعتمادا على هذا التفويض. من حقي الحصول على نسخة من هذه الوثيقة. توقيع هذا التفويض هو مطلوب من أجل حصول الطالب على الخدمات التعليمية في بيئة تعليمية مناسبة.

إعادة كشف:

أنا أفهم أن مقدم طلب الكشف (مديرية المدرسة) من شأنه حماية هذه المعلومات على النحو المبين في قانون حماية الحقوق العائلية المتكافئة (FERPA) وإن هذه المعلومات ستصبح جزء من سجل الطالب التعليمي. سيتم تقاسم المعلومات مع الأفراد العاملين في أو مع مديرية المدرسة لغرض توفير بيئة تعليمية آمنة ومناسبة وخدمات مدرسية وبرامج أقل تقييدا.

لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التصريح. كما ان توقيع هذا التصريح هو مطلوبًا من أجل حصول هذا الطالب على الخدمات المناسبة في البيئة التعليمية.

التاريخ	التوقيع	الأسم كتابة
_____	_____	_____
الرمز التلغوني ورقم التلغون	صلة القرابة للمريض/ الطالب	



ملء الصفحة الثانية اختياري

Page 1 of 2

Cajon Valley Union School District
750 E. Main St., Box 1007, El Cajon, CA 92022-1007

**التحويل بكشف وتبادل واستخدام المعلومات الصحية مع
مديريات المدارس**

أسم المريض: _____ (اللقب) _____ (الأسم الأول) _____ (الوسط) _____ تاريخ الولادة: _____ الشهر/اليوم/السنة

	<p>طلب معلومات/ بيانات هامة</p>
	<p>النتائج/ التوصية</p>