



Makubaliano ya Kubadilishana Habari



Mgonjwa (Jina Kamili la Kisheria) _____ Tarehe ya Kuzaliwa _____

Tunatoa huduma ya afya kama timu ya wazazi / walezi, madaktari, wauguzi, madaktari wa meno na waelimishaji. Pia tunataka kulinda siri ya mwanafunzi na familia ili kuzingatia Faragha ya sheria ya 1974. Ukiweka sahihi fomu hii, unapeana ruhusa kwa watu na mashirika yaliopo chini kujadili mahitaji ya mtoto wako na kushirikiana maelezo ya afya ya kimwili na ya akili. Ikiwa una maswali yoyote au maoni Tafadhali pigia simu Mratibu wa Kliniki kwa nambari hii (319)631-3204.

Ninapa ruhusa kwa mashirika yaliyoorodheshwa hapa chini kubadilishana habari zilizoandikwa na za maneno na Kliniki za msingi wa Afya ya Watoto wa shule - na miongoni mwao wenyewe kuhusu mtoto wangu kwa madhumuni ya matibabu:

- | | | |
|---|------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Mtoa huduma ya afya ya Mtoto wako | Jina _____ | Faksi _____ |
| <input type="checkbox"/> Afya ya Umma ya Johnson County | Nambari ya simu 319-356-6040 | Faksi 319-339-6176 |
| <input type="checkbox"/> Shule ya Mtoto wako | Nambari ya simu 319-688-1000 | Faksi 319-688-1009 |
| <input type="checkbox"/> Shirika la Elimu ya Eneo la Grant Wood | Nambari ya simu 319-351-2110 | Faksi 319-664-3636 |
| <input type="checkbox"/> Nyingine _____ | | |

Toa Habari kwa: **Shule ya watoto wenye afya - Kliniki ya msingi wa Afya**

Nambari ya simu: 319-631-3204 Faksi: 319-688-1009 Anwani: 1725 N. Dodge St. Iowa City, IA 52245

Habari ya kutuma Kwa: _____

(Nakala ya fomu hii inachukuliwa kuwa halali kama ya asili. Mtu wa kuwasiliana naye atatuma nakala ya fomu hii kwa watu binafsi na mashirika yaliyoorodheshwa hapa chini. (Watu na mashirika yaliyoorodheshwa ni wajibu wao kutoa maelezo yaliyoombwa)

Ninaelewa kuwa wafanyakazi wa kliniki ya afya ya watoto wanaweza kunielekeza kwenye taarifa iliyoshirikishwa kama nikiwa na ombi. Nina haki ya kuchunguza habari iliyotumwa kwa ICCSD Shule ya watoto wenye afya - Kliniki za msingi za Afya na haki ya kurejesha ridhini wakati wowote. Rekodi zilizoshirikiwa zimehifadhiwa na sheria ya serikali na haziwezi kufunuliwa tena.

Kabla ya kutoa idhini yako kwa kubadilishana habari, Tafadhali kagua kwa makini yafuatayo:

Idhini hii ni nzuri mpaka mtoto wako akifikia umri wa miaka kumi na nane au mpaka itakapoondolewa, chochote kinachotokea kwanza. Unaweza kurejesha idhini hii, kwa maandishi, wakati wowote; hata hivyo, hii haiathiri habari iliyoshirikishwa kabla ya ombi lako la kukomesha.

**Uwekezaji wa Bima ya Afya na Sheria ya uwajibikaji (HIPAA)/
Haki za Elimu ya Familia na matangazo ya Sheria ya faragha (FERPA)**

Taarifa yoyote ya kila mtu inayojulikana kuhusu watoto na familia wanaopokea huduma za elimu maalum inayofadhiliwa chini ya Sheria ya Elimu ya Watu wenye ulemavu imelindwa chini ya FERPA isifunuliwe bila idhinisho. Habari ya kibinafsi inayojulikana na ambayo imelindwa na FERPA hasa imeondolewa kutoka kwa viwango vya faragha ya HIPAA.

FERPA inakataza ufunuo wa habari ya kibinafsi ya kutambulika bila ridhaa ya mzazi ila kwa hali ndogo, inahitaji taarifa kutolewa kwa familia ya mtoto kuhusu haki zao za faragha, inahitajika watoa huduma kuweka kumbukumbu za kuonyesha wakati wanapo angalia rekodi za mtoto na ina taratibu za kutoa malalamiko na kuomba rufaa, ambayo yanahusu migogoro juu ya rekodi zilizo na Elimu maalum, ama zinawale wanao Hudumu, miongoni ya masharti mengine. Watoa huduma zote za elimu maalum wanazingatia taratibu hizi. Watoa huduma zote za elimu maalum wanazingatia taratibu hizi.

Matangazo kwa Wapokeaji habari ya Afya ya Akili

Kwa mujibu wa Sheria ya Utambuzi wa Taarifa ya Afya ya Akili ya Iowa (Iowa Code, Chapter 228), mpokeaji wa habari za afya ya akili anaweza kufunua habari hii tu na idhini iliyoandikwa na mwenye habari ama mwakilishi wake wa kisheria au kama ilivyo vinginevyo katika sura ya 228 na 220. Ufunuo usioidhinishwa ni kinyume cha sheria na malipo ya uharibifu wa kiraia na adhabu ya jinai yawenza kupatyanwa. Kanuni za usiri za Shirikisho za tawala (42 CFR Part 2 kuzuia matumizi yoyote ya habari kwa uchunguzi wa uhalifu au kumshtaki mgonjwa wowote wa pombe au madawa ya kulevya.

Matangazo kwa wapokeaji wa habari za utumianji wa dawa za kurevya.

Maelezo haya yamefunuliwa kutoka kwa rekodi ambazo usiri wake unalindwa na Sheria ya Shirikisho. Kanuni ya Iowa Sura 125 na Kanuni za Shirikisho (42 CFR, part 2) Inazuia ufunuo wowote zaidi bila ridhaa maalum ya mtu ambaye habari hiyo inahusu, ama kama inaruhusiwa na sheria na kanuni kama hizo. Idhini ya kutolewa kwa habari za matibabu au kwa habari nyingine haiko kwa kusudi hili. Sheria ya Shirikisho inazuia matumizi yoyote ya habari kwa uchunguzi wa uhalifu au kumshtaki mgonjwa wowote wa pombe au madawa ya kulevya.

X _____

Sahihi ya Mzazi / Mlezi,

Tarehe _____

Sahihi ya Mshahidi

Tarehe

Fomu ya kibali cha afya

Mwanafunzi lazima awe na fomu ya kibali iliyosainiwa kabla ya kutibiwa katika ICCSD Shule ya watoto wenye afya Kliniki za msingi za Afya. Tafadhali jaza habari zifuatazo, **Weka sahihi kwa fomu mahali iliyoelezewa (X) na**

uirudishe kwa kliniki

Jina ya Mgonjwa _____ Shule _____ Tarehe ya Kuzaliwa _____

Anwani _____ Nambari ya Simu _____

Jina ya Mzazi / Mlezi, _____ Tarehe ya Kuzaliwa ya Mzazi _____

barua pepe ya Mgonjwa _____ barua pepe ya Mzazi _____

Mtoa huduma ya afya / daktari _____

bima ya Afya (aina / namba ya sera) _____

JUMLA

Ninatoa kibali kwa mtoto wangu kupokea huduma za afya kutoka ICCSD Shule ya watoto wenye afya - Kliniki za msingi za Afya pamoja na dawa zakununua kwa duka la dawa. Ruhusa kwa mtoto wangu kupokea huduma zitatumika mpaka mtoto wangu akiwa na umri wa miaka kumi na nane isipokuwa ifutwe kwa maandishi na mzazi au mlezi. Ikiwa nimeomba kwamba mtoto wangu apate utaratibu ama uchunguzi wa kimwili kwa ajiri ya michezo, Ninaelewa ya kuwa uchunguzi wa kimwili unaofaa umri utatolewa kama sehemu ya huduma zetu. Ninaelewa ya kuwa maelezo yote kuhusu mtoto wangu ni ya siri na itatendewa kulingana na utaratibu matibabu wa kukubalika na sheria za shirikisho na serikali kuhusu faragha.

SAHIHI YA MZAZI / MLEZI

TAREHE

KIBALI

Ninatoa kibali kwa Shule ya watoto wenye afya - kwa mfanyi kazi wa Kliniki za msingi za Afya: (Chagua moja. (NDIO ama HAPANA)



Patia chanjo kwa mtoto wangu: **NDIO / HAPANA** Mpe mtoto wangu uchunguzi wa homa ya msimu au ukungu wa mafua: **NDIO / HAPANA**

ICCSD

Ninatoa kibali kwa ICCSD Shule ya watoto wenye afya - kwa mfanyi kazi wa Kliniki za msingi za Afya ashiriki habari ya afya juu ya mtoto wangu ambaye jina yake iko hapa juu na muuguzi wa mtoto shuleni na wafanyi kazi wa afya was ICCSD kupitia kwa faksi, au simu ama jia ingine.

SAHIHI YA MZAZI / MLEZI

TAREHE

USAFIRI

Ninatoa kibali kwa wafanyi kazi wa ICCSD kutoa usafiri kwa mtoto wangu, kama inahitajika kwa ajili ya Huduma ya afya, ama wakati mimi sipo.

SAHIHI YA MZAZI / MLEZI

TAREHE