

学生的健康教育记录共享同意书

《家庭教育权利和隐私权法案》(FERPA) 是一项保护学生教育记录隐私的联邦法律。本同意书的目的在于让与您的孩子接触的重要校内人员 (包括校长、学校护士、护士个案管理员、504 协调员和特殊教育工作人员) 能够共享孩子的健康相关教育记录给外部的健康相关机构和医疗保健提供者, 包括校内健康中心 (如果您的学校有的话)。如此一来, 这些人员和医疗保健提供者能够更好地为您的孩子协调健康相关服务。协调的服务将更加确保您孩子的需求得到满足, 并且他/她可以充分参与学校的学习环境。如果您同意, 请填写同意书、签名并将其交回您孩子学校的注册处。

(学生/孩子姓名)

(学校名称)

(出生日期)

(年级)

(学生 ID, 如果知道)

1. 我授权哥伦比亚特区公立学校 (DCPS) 与以下机构和组织共享下文第 3 节中我孩子的教育记录 :

- * 哥伦比亚特区卫生署 (DC Department of Health),
- * 哥伦比亚特区公众服务部 (DC Department of Human Services),
- * 哥伦比亚特区心理健康部 (DC Department of Mental Health),
- * 您孩子的医疗保健提供者, 以及
- * 哥伦比亚特区健康照护财务部 (DC Department of Health Care Finance),
- * 其他在学校提供服务的健康服务提供者

2. 我了解此信息仅可用于以下目的 :

- * 规划并提供协调的教育和健康相关服务, 以及
- * 评估服务我孩子的项目以及提供给我孩子的服务。

3. 我授权使用/披露以下各项记录 :

- * 学校护士记录,
- * 成绩、观察以及其他学生记录中的教育信息,
- * IFSP/IEP 文件,
- * 当前的医嘱 (由学校护士维护),
- * 504 计划,
- * 眼科医疗报告,
- * 课程表,
- * 听力报告, 以及
- * 出席记录,
- * 护理计划 (作为 IEP 或 504 计划的一部分)

4. 我理解 :

- * 此授权书为自愿签署, 如果我选择不签署, 我的孩子不会被拒绝教育服务, 并且
- * 我有权在签署本表格后索取副本, 并有权查看或复制根据本同意书披露的任何信息。

5. 我同意上述信息的使用/披露。我了解此信息不得用于上述第 2 节中所述目的以外的任何目的。我可以随时以书面形式撤销此同意。我了解撤销此授权不会影响撤销被收到之前采取的任何行动, 或根据先前共享的信息采取的行动。

(家长/监护人/18 岁以上学生签名)

(与学生的关系)

(日期)

此授权自上方签名日期起一年后到期。