



Consent/HIPAA Authorization
School Nurse
Health Clinic Services

ကျောင်း: _____ အတန်း: _____ ဇူလိုင်လ ၁, ၂၀၁၈ ကနေ ဇွန်လ ၃၀, ၂၀၁၉ အထိ

ကျွန်တော်/မ ခွင့်ပြုချက်ပေးတယ်။ _____
ကျောင်းသူ/သား နာမည် Last Name, First Name Middle Initial Date of Birth (မွေးနေ့)

ကျွန်တော်/မရဲ့ကလေးကို သူတို့ရဲ့ကျောင်းဆေးခန်းက ကျောင်းသူနာပြုထံမှ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုတွေကိုရရှိဖို့ ခွင့်ပြုချက်ပေးတယ်။ ကျောင်းဆေးခန်းဝန်ထမ်းတွေက ကျွန်တော်/မ ကလေးရဲ့လိုအပ်နိုင်တဲ့ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကိုတော့ အကူအညီပေးနိုင်မှန်း နားလည်ပါတယ်။ ဒါပေမဲ့ ကျွန်တော်/မ ရဲ့ကလေးက မိသားစုဆရာဝန် ဒါမှမဟုတ် ဆေးခန်း တွေရဲ့ ကုသမှုအောက် မရှိသေးဘူးဆိုရင် ကျောင်းဆေးခန်းနဲ့ ပူးပေါင်းပြီး တစ်ခုခုကို ရွေးချယ်ပါမယ်။

I. ကျွန်တော်/မ ကလေးကို ကျောင်းဆေးခန်းကနေပေးတဲ့ ဝန်ဆောင်မှုတွေရရှိဖို့ သဘောတူတယ်။ အထက်က ဆေးခန်းအကြောင်း ဖတ်ရှုပြီးကျောင်းဆေးခန်းကနောက်လိုဝန်ဆောင်မှုတွေပေးသလဲဆိုတာနားလည်တယ်။ အဲဒီဝန်ဆောင်မှုတွေမှာ ရှေးဦးသူနာပြုနည်း/အရေး ပေါ်စောင့်ရှောက်ပေးခြင်း၊ မိသားစုဆရာဝန်ဆိုင်ရာပြောပေးဖို့ကူညီပေးခြင်း၊ အစာအာဟာရ အကြောင်းသင်ကြားပေးခြင်း၊ ကျန်းမာရေး ပညာ သင်ကြားပို့ချပေးခြင်း၊ ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးပေးခြင်း နဲ့ ကာကွယ်ဆေးထိုး အကြောင်းတွေကိုအသိပေးခြင်းတို့ပါဝင်တယ်။ အပြောင်းအလဲ တစ်ခုခုရှိရင် ကျောင်းဆေးခန်းက ဝန်ထမ်းတွေကိုအသိပေးဖို့က ကျွန်တော်/မ ရဲ့ တာဝန်ဖြစ်ပါတယ်။ အဲဒီပြောင်းလဲမှုတွေမှာ ကလေးရဲ့ အုပ်ထိန်းမှုအခြေအနေ၊ ကလေးရဲ့နေထိုင်မှု ဒါမှမဟုတ် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ခွင့်စီစဉ်မှု နဲ့ ဖုန်းနံပါတ်အသစ်ပြောင်း စတာတွေပါဝင်တယ်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်(ကျောင်းသူ/သားအသက် ၁၈နှစ်အောက်ဖြစ်ရင်) _____ နေ့စွဲ _____
ကျောင်းသူ/သား လက်မှတ်(အသက် ၁၈နှစ်ထက်ကြီးရင်) _____ နေ့စွဲ _____

ပြည်နယ်ဥပဒေရဲ့တောင်းဆိုမှုအရ သဘောတူညီမှုလက်မှတ်မရှိရင် ကျောင်းဆေးခန်းကနေ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးမှာ မဟုတ်ဘူး။

II. Information Privacy: သင့်ကလေးရဲ့ ကိုယ်ပိုင်ကျန်းမာရေးအကြောင်းအရာ (PHI) နဲ့ပတ်သက်ပြီး ကျွန်တော်တို့ရဲ့ပေါ်လစီမူတွေကို ပိုနားလည်နိုင်ဖို့အတွက် ကျွန်တော်တို့ NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (သီးသန့်တည်ရှိမှုအလေ့အကျင့်သတိပေးချက်) ကို အသေးစိတ် ပြင်ဆင်ထားပါတယ်။ ဒီသဘောတူညီမှုကို လက်မှတ်မထိုးခင် သတိပေးချက်ကိုရရှိဖို့ သင့်မှာအခွင့်အရေးရှိပါတယ်။ ဒီသတိပေးချက်ကို သင့် ကလေးရဲ့ ကျောင်းမှာ၊ Community website တွေမှာ ရရှိနိုင်မှာဖြစ်ပြီး ကျောင်းဆေးခန်းဝန်ထမ်းတွေဆီကနေလည်းမိတ္တူတောင်းနိုင်တယ်။

_____ (မိဘ နာမည်အတိုကောက်) Community Health Network NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ကို Community website ကနေတဆင့် မိတ္တူကိုရရှိနိုင်ကြောင်း သိပါတယ်။ (စာရွက်မိတ္တူနဲ့လည်းတောင်းဆိုနိုင်တယ်။)

III. Release of Information: အထက်မှာဖော်ပြထားတဲ့ ကျောင်းသူ/သားရဲ့ PHI ကိုထုတ်ဖော်ဖို့ကျွန်တော်/မတရားဝင်ခွင့်ပြုပါတယ်။ ကျောင်းသူ/သားရဲ့ PHI ကနေ တရားဝင်ဖော်ပြဖို့ခွင့်ပြုထားတဲ့အထဲမှာ မှတ်တမ်းတွေ၊ ဆေးဝါးကုသဝန်ဆောင်မှုအချက်အလက်တွေပါဝင် တဲ့အပြင် ချင့်ချိန်အကဲဖြတ်ဆုံးဖြတ်ခြင်း၊ ရောဂါစစ်တမ်း၊ ကျောင်းသူ/သားရဲ့ ဒဏ်ရာကုသမှုနဲ့ နာမကျန်းမှတ်တမ်းတွေလည်းပါဝင်ပါတယ်။ PHI က ဆေးခန်းစီမံခန့်ခွဲရေးရည်ရွယ်ချက်၊ သက်ဆိုင်ရာကျောင်းစီမံခန့်ခွဲရေး ဒါမှမဟုတ် ကျောင်းဝန်ထမ်းတွေက ကျောင်းလှုပ်ရှားမှုတွေ မှာ ကျောင်းသူ/သား ပါဝင်လှုပ်ရှားခွင့်အရည်အချင်း ပြည့်မီ/မမီစစ်ဆေးတဲ့နေရာမှာ ဒါမှမဟုတ် မကျေနပ်ချက်တွေကိုထွယ်ဆုံးဖြတ်ရာမှာ လုပ်ဆောင်ခွင့်ပြုနိုင်တယ်။ ပြီးတော့ ကျွန်တော်/မက ကျောင်းဆေးခန်းကဝန်ထမ်းတွေကို ကျွန်တော်/မ ကလေးလိုအပ်တဲ့နေရာမှာ ကူညီ ပေးနိုင်ဖို့ သူတို့ရဲ့ ကျောင်းမှတ်တမ်းအပြည့်အစုံ နဲ့ ကျောင်းခေါ်ချိန်တွေကိုပါ ကြည့်ဖို့ ထပ်ပြီးခွင့်ပြုချက်ပေးပါတယ်။ ဒီခွင့်ပြုချက်မှာ ကျွန်တော်/မရဲ့ ဆုံးဖြတ်ချက်ကြောင့်လက်မှတ်မထိုးလို့ ကျောင်းဆေးခန်းက ကျွန်တော်/မ ကလေးအပေါ် ဝန်ဆောင်မှုတွေကို ကန့်သတ်မှာ မဟုတ်ပါဘူး။ ဒါပေမဲ့ ကျောင်းက ကျင်းပတဲ့ တခြားလှုပ်ရှားမှုတွေမှာ ကျွန်တော်/မ ကလေး ပါဝင်/မပါဝင်နိုင်ကတော့ ဒီခွင့်ပြုချက်မှာ လက်မှတ်ထိုးခြင်း/မထိုးခြင်း အပေါ်မူတည်နိုင်ကြောင်း နားလည်ပါတယ်။

Expiration of Authorization: အထက်မှာဖော်ပြထားသလိုဘဲဒီခွင့်ပြုချက်ကိုသက်တမ်းမကုန်ဆုံးခင်စာနဲ့ရေးပြီး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းကြောင်းကို (ဒီအားထားမှုအပေါ်မူတည်ပြီးကျောင်းဆေးခန်းကအတိုင်းအတာတစ်ခုအထိ လုပ်ဆောင်မှုပေးခဲ့ပြီးမှလွဲရင်) ကျောင်း

ဆေးခန်းကဝန်ထမ်းတွေဆီ အချိန်မရွေးပို့နိုင်ကြောင်း နားလည်ပါတယ်။ **PHI** ကနေ လွှတ်လိုက်တဲ့ ကျောင်းဆေးခန်းကအချက်အလက်တွေကို တခြားလက်ခံရရှိသူ မည်သူမဆိုရရှိပြီးနောက်မှာ ဗဟိုအစိုးရ ဒါမှမဟုတ် ပြည်နယ်ရဲ့ သီးသန့်တည်ရှိမှုဥပဒေတွေက အကာအကွယ်မပေးနိုင်တော့မှန်း ကျွန်တော်/မ နားလည်ပါတယ်။

လက်မှတ် _____ နေ့စွဲ _____

ကျောင်းသူ/သားရဲ့ လက်မှတ် (အသက်၁၈နှစ်ထက်ကြီးရင်) _____ နေ့စွဲ _____