

披露病历和/或交换信息授权表

**目的:** 作为家长、监护人或学生,您有权准许或不准许向别的人或机构披露您孩子的记录。这一授权请求提供给您批准或不批准这一请求的机会,根据《家庭教育权利和隐私法案》实施细则例外情况之一的允许披露记录不在此限。

学生姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_  
学生出生日期: \_\_\_\_\_ 家长/监护人: \_\_\_\_\_

我在此授权披露以下记录:

自: \_\_\_\_\_ 致: \_\_\_\_\_  
(机构名称/人员姓名) (提出申请的人员/机构)

\_\_\_\_\_ 街道地址 \_\_\_\_\_ 街道地址  
\_\_\_\_\_ 市/州/邮编 \_\_\_\_\_ 市/州/邮编  
\_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_ 电话  
\_\_\_\_\_ 传真 \_\_\_\_\_ 传真

描述要披露的记录:

- 病历  成绩单  
 心理和咨询记录  机构与学校之间的沟通/信息交流  
 特殊教育记录  其他 (请说明): \_\_\_\_\_

**需要专门同意的披露:** 以下信息的披露需要获得专门同意。学生达到以下括号中写明的年龄时,也需要获得学生的同意。精神健康记录受到RCW 71.05.390和Chapter 21.34 RCW的保护。毒品和酒精滥用和治疗记录受到42 C.F.R. §2的保护。与艾滋病毒/艾滋病或性传播疾病相关的信息受到RCW 70.24.105的保护。

我专门授权披露与以下相关的记录:

- 生殖系治疗 (总是需要学生同意)  精神健康/疾病 (13岁及以上)  
 性传播疾病或艾滋病毒/艾滋病 (14岁及以上)  毒品/酒精滥用 (13岁及以上)

披露记录的原因是:

- 评估或再评估流程  制定个人化教育项目  
 项目回顾审查  其他 (请说明): \_\_\_\_\_

我理解并承认以下各项:

- 学区将根据《家庭教育权利和隐私法案》的规定对披露的信息予以保密。《家庭教育权利和隐私法案》禁止未经同意披露识别个人的信息,部分有限的情况除外。如果申请获得的是健康或医疗信息,学区收到的医疗信息将按照《家庭教育权利和隐私法案》隐私标准予以保护,而不是按照《健康保险转移和责任法案》。
- 对按照这一授权披露的信息可进而披露给其他方。
- 我不需要签署这个表以确保获得治疗或付款。我的治疗、付款、加入任何健康计划或获取福利的资格,不以签署这一授权表为条件。
- 我同意披露记录是自愿的,我可以在任何时间撤销同意,根据这一授权已经披露的信息除外。撤销同意必须以书面形式。

这一授权从 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 到 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 有效。

注: 如果上面没有注明日期,授权在以下签署日期起一年后失效。

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签署 日期 学生签署 日期