



三藩市聯合校區 學生接受輔導同意書

親愛的家長/監護人：

如大家所知，學生在求學時期難免會有與成長相伴的問題出現，如社交或情緒問題，這些都會影響學生在校的表現。學校提供的免費個別及/或小組輔導服務，讓許多學生受益。輔導服務可能由三藩市聯合校區醫務人員或一位精神健康受訓人員（在三藩市聯合校區醫務主管的直接督導下）提供。

輔導過程所得資料會受到保密。未經閣下書面許可，我們絕不會披露有關閣下或閣下子女的個人資料。根據州及聯邦保密法，閣下所提供的個人資料，除在下列特殊情況外，將予以保密：懷疑兒童受到虐待，法庭頒下命令，以及當孩子即將對自身或他人安全構成威脅。依照健保可攜性與負責法(HIPAA)及隱私法(FERPA)規定，閣下有權獲得一份隱私保護細則通告（Notice of Privacy Practices）之複本。

未經家長或監護人同意，我們不能讓閣下的子女接受個別及/或小組輔導服務。若閣下有任何疑問，請與下列人士聯繫。請閣下儘快簽署本同意書並交回學校。同意書之複本可供索取。

學校/部門：_____ 地址：_____

聯絡人：_____ 職銜：_____ 電話：_____

家長/監護人同意書

本人已閱讀上述保密政策，並允許子女，_____ 接受個別及/或小組輔導服務
(學生姓名)
務。本人允許輔導員在適當時，向學校教師查詢更多有關本人子女之特別需要的資料。

家長/監護人簽名：_____ 日期：_____

電話：_____ 最佳聯絡時間：_____

本人在明白資料是供訓練用途和只與主管人士分享的前提下，允許輔導過程被錄音：

允許 不允許



三藩市聯合校區
披露個人資料授權表格

學生姓名： _____ 出生日期： ____/____/____

學校/部門： _____ 地址： _____

聯絡人： _____ 職銜： _____ 電話： _____

本人授權三藩市聯合校區與下列機構及/或個人交換下述資料：

- 醫生 _____ (名)
- 機構 _____ (名)
- 家長/合法監護人 (如未成年子女同意接受服務) _____ (名)
- 其他 _____

本授權表格適用於以下資料：（請在適當橫線上加✓）

- | | | |
|--------------------|----------------|----------|
| _____ 教育資料/ 個別教育計劃 | _____ 社交/成長 | _____ 心理 |
| _____ 視力 | _____ 語言 | _____ 聽力 |
| _____ 醫療 | _____ 其他 _____ | |

期滿：授權期滿（日期或活動）： _____

規定：除非另一授權表格有閣下的簽名，否則服務提供者不得把上述資料披露給其他人。

閣下的權利：閣下有權拒絕簽署本授權表格，並可隨時以書面通知三藩市聯合校區終止此授權。本授權表格在閣下要求終止授權時即時生效（除非資料已被披露）。閣下有權獲得本授權表格之副本。

簽名 _____ 日期 _____

與學生的關係： 家長 合法監護人： _____

甄別與評測，請見另頁。

機構、兒童中心及醫院

機構

__ Golden Gate Regional Center
120 Howard St. 3rd Floor
San Francisco, CA 94105

__ SF Department of Human Services
P.O. Box 7988
San Francisco, CA 94105

__ S.F. Easter Seal Society
Attn: Early Intervention
95 Hawthorne, SF. CA 94105

__ S.F. Hearing & Speech Center
1234 Divisadero Street
San Francisco, CA 94115

兒童中心

__ California Children Services
30 Van Ness Ave., Suite #210
San Francisco, CA 94102

__ Chinatown Child Dev. Ctr.
Infant Development Program
720 Sacramento St.
San Francisco, CA 94108

__ Infant Parent Program
SFGH Building #9
2550-23rd Street, Rm. #130
San Francisco, CA 94110

__ Family Developmental Center
Attn: Early Intervention
2730 Bryant Street
San Francisco, CA 94110

醫院

__ CA Pacific Medical Center
Child Development Center
3700 California St.
San Francisco, CA 94118
Tel. 750-6200

__ Kaiser Permanente
Medical Correspondence
350 Street Joseph Street
San Francisco, CA 94115
Fax 833-3071

__ S.F. General Hospital
Attn: Medical Records Dept.
1001 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

__ St. Luke's Hospital
Attn: Medical Records Dept.
3555 Cesar Chavez
San Francisco, CA 94110

__ UCSF Hospital
Attn: Medical Records Dept
400 Parnassus Ave., Rm. A-67
San Francisco, CA 94143
Physicians/Clinics/Specialist
Schools

托兒中心/校長/教師

地址 _____

城市/郵區號碼 _____

電話 _____

社工

地址 _____

城市/郵區號碼 _____

電話 _____

醫生

姓名 _____

地址 _____

城市/郵區號碼 _____

電話 _____

其它

姓名 _____

地址 _____

城市/郵區號碼 _____

電話 _____