

私は、ここに、学校当局を含むオレゴン大学に、以下に明記された教育記録を開示することに同意します：

開示される記録は、特に、以下の目的のために関係のある、および以下の目的のために提供されます：

- A) 公的保健および安全性の非常事態に対応すること、
- B) 病気、傷害、障害を防ぐ、または管理すること、
- C) 受けている治療、看護を促進すること
- D) 提供された医療サービスまたは医薬品についての第三者の請求、提供される医療サービスまたは医薬品についての支払いのため、
- E) 連邦法規を遵守するため。

記録は、以下に開示されることが可能です：

- A) 公衆衛生の緊急事態、病気、傷害、障害を防ぐまたは管理する目的のために報告を受け取ることを法的に承認された公的保健当局、
- B) 公衆衛生上の介入治療または調査を実施することが必要な場合、その他の法律によって大学に当該の人物を通知することを承認する場合、病気または症状に罹患するもしくは拡散する危険にさらされている人々。
- C) 自身を治療する医療提供者およびそのスタッフ、
- D) 電子医学交換ネットワークに参加することを HIPAA（医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律）が保証した事業体およびそのスタッフ、
- E) 自身に提供される医療サービスおよび医薬品についての支払い義務のある保険会社、
- F) 自身に提供される医療サービスおよび医薬品についての支払いを処理するその他の第三者。
- G) 内国歳入庁などの連邦機関。

このフォームを提出することによって、私は、上記に記載された条件を読み、了解し、ここに私の同意を提供します。私は、私にはこのフォームを提出する代わりに免除申請を提出する選択肢があることを了解しています。

署名： _____

日付： _____