



校园生活  
学生健康服务  
大学心理咨询中心

## 学生因心理原因请病假的指示

---

随附信函、问卷调查和家庭教育权利与隐私法案 (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA) 授权将用于因一般医疗症状或精神健康疾病而请病假的 WFU (Wake Forest University) 学生。学生应将这类病假用于治疗导致缺勤的医疗和/或心理健康问题。这包括聘请合适的持照医学/心理健康专业人士来治疗这些问题。在将本表格交给医疗服务提供者之前，学生需要填写随附的 FERPA 授权。此外，我们建议学生在治疗开始时将随附的文件提供给持照的服务提供者，以便让其了解他们需要哪些信息。本科生如有任何与大学休假有关的问题，应与学术咨询办公室 (Office of Academic Advising) 联系。Wake Forest University 的研究生和职业学校的学生应与相关学校管理人员联系。

---

**WAKE FOREST UNIVERSITY**

**教育记录  
信息披露授权**

1974 年的《家庭教育权利与隐私法案》(FERPA) 在披露由大学保管的教育记录方面，为学生提供了某些权利和保护。这些教育记录包括任何形式的文件、文档和材料，其中包含与学生直接相关的信息以及可以据此单独识别学生身份的信息。

通过签署此授权，您在此授权 Wake Forest University 通过其员工和/或代理人披露您教育记录中的以下信息：

---

---

---

您教育记录中的上述信息将根据指定目的向以下个人或以下类别的个人披露：

请说明获得授权、可获取来自教育记录的信息的个人的姓名或个人类别的名称以及披露目的：

---

---

---

通过向\_\_\_\_\_提交书面撤销申请，可以随时撤销此授权。此类撤销将不会影响在收到书面撤销申请之前作出的披露。除非提前撤销，否则此授权将在 20 \_\_- 20\_\_ 学年保持有效。

我在此自愿授权 Wake Forest University 将我教育记录中的上述特定信息披露给此处指定的人。我知悉我可以索取所披露记录的副本。

\_\_\_\_\_  
学生签名

\_\_\_\_\_  
日期



校园生活  
学生健康服务  
大学心理咨询中心

尊敬的持照医学/心理健康专业人士：

您的客户/患者已从 Wake Forest University 休病假。如果想返回 Wake Forest University 继续学习，该名學生必須提供从持照专业人士处获取的以下证明：

- 该学生已完成一个疗程，且该疗程是用于治疗导致其必须离校的情况，
- 这种情况此后不太可能回到导致学生必须休病假的程度，并且
- 该学生已准备好恢复全日制学生的状态。

为方便您提供证明，请填写以下内容并将其交回至 Wake Forest University 心理咨询中心：

- *因医疗/心理健康休假后的重新入学问卷调查*（随附）
- 请在有抬头的办公信笺上提供简短的治疗摘要，以及您对该学生是否准备好在 Wake Forest University 恢复全日制学习的专业意见

此外，为方便您完成这一操作，请取得由学生签名的信息披露文件，这将让您可以与 Wake Forest University 学生健康服务（处理一般医疗症状）和大学心理咨询中心（治疗精神健康疾病）的任何临床服务提供者就学生的治疗过程和任何继续护理建议进行沟通。我们在这方面与您进行的沟通对于我们考虑该学生是否可以返校至关重要。

顺颂时祺

Cecil D. Price, MD  
主管  
学生健康服务

James D. Raper, PhD, LPC-S  
主管  
大学心理咨询中心



### 因医疗/心理健康休假后的重新入学问卷调查

说明：本表格须由持照医疗和/或心理健康服务提供者填写。对于导致休假的一般医疗情况，本表应由为您提供治疗的持照医疗服务提供者填写。如果因心理健康疾病（如情绪障碍、酒精和其他药物障碍、进食障碍等）而休假，该表应由提供治疗的持照心理健康专业人士填写。请回答下列所有问题，并在您有抬头的办公信笺上附上单独的治疗总结，包含对建议的声明。

学生全名： \_\_\_\_\_

请勾选您持有有效执照的领域：

精神病学                       心理学                       专业心理咨询

临床社会工作                       婚姻和家庭治疗

医生/护士/医生助理

其他  \_\_\_\_\_

您是否为上述学生提供过治疗？ 是     否

到目前为止，您为该学生提供过多少次与导致其休假的医疗/心理原因相关的治疗/看诊？

\_\_\_\_\_

请说明学生在休假期间接受的任何具体治疗（药物、手术、物理治疗等）或治疗方案（如门诊治疗、部分住院治疗、住院治疗等）。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

上述学生是否成功完成治疗？ 是     否

治疗开始的日期是? \_\_\_\_\_

治疗结束的日期是? \_\_\_\_\_

如果该学生尚未完成治疗, 请描述在您护理下的正在进行治疗的方案:

---

---

患者的治疗方案是否包含服用处方药?

是  否

如包含, 请注明药物、剂量和服药计划: \_\_\_\_\_

---

是否建议该学生在回到 Wake Forest University 后继续服用这些药物?

是  否

如果建议服用, 您是否会开处方药并监督患者的药物? 或者患者是否需要转诊到当地医疗机构? \_\_\_\_\_

---

您是否已将该学生转介至其他适合其情况的医疗服务提供者或机构继续治疗?

是  否

如果是, 请注明提供者和/或机构的名称、地址以及电话号码:

---

---

该学生需要何种继续护理/治疗?

---

---

该学生是否需要与其医疗/心理健康问题相关的临时或长期安排（如住宿、膳食计划、学术安排）？

如需要，请具体说明： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

在您的护理中，该学生是否出现更为严重的风险问题（例如自杀、杀人、自残、精神错乱、使用酒精/其他药物等）？是（如果是，请在下方详细说明）  否

据您所知，该学生的父母和/或法定监护人是否知道您为该学生治疗的问题？是  否

就您的专业意见而言，该学生是否准备好恢复全日制学生的状态并承担学生生活中的学术、社会、居住和其他要求？是  否

请在随本调查问卷提交的声明中解释您如此回答的原因。

有助于该学生成功过渡至 Wake Forest University 的其他意见：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
提供者签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
提供者姓名（请正楷填写或打印）

\_\_\_\_\_  
电话号码

\_\_\_\_\_  
提供者地址

*请记得在您有抬头的办公信笺上附上关于返校准备情况的专业意见的简短声明以及治疗摘要。*

关于一般医疗问题导致的病假，请交回至：

学生健康服务

Wake Forest University

Box 7386  
Winston-Salem, NC 27109  
电话: 336-758-5218  
传真: 336-758-6054

关于心理健康问题导致的病假, 请交回至:

大学心理咨询中心  
Wake Forest University  
Box 7838  
Winston-Salem, NC 27109  
电话: 336-758-5273  
传真: 336-758-1991

这一文件的填写无法保证学生能成功重返校园, 但这是校方进行考虑所必需的。