|  |
| --- |
|  |

Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte

Pedido por Restricciones sobre el Uso y la Divulgación de Información Sobre la Salud

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Identificación del Cliente | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Niño: |  | | | F. de Nací.: | |  | | No. SS Niño (opcional) | | | |  |
| *MM/DD/YYYY* | | | | | | | | | | | | |
| Dirección del Padre/Madre/Guardián Legal: | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  |  | |
| Calle | | | No. Apto. | | Ciudad | | | | | Estado | Código Zonal | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono del Padre/Madre/Guardián Legal: | |  | | | | | Teléfono de Trabajo: | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Pedido | | | | | | | | | | | | |
| **Entiendo que puedo pedir restricciones sobre usos y divulgaciones especificados de la información sobre la salud de mi niño/a. Por eso, pido restricción sobre el uso y la divulgación de la información sobre la salud de mi propia o mi niño/a que se establezca o mantenga por esta agencia o abastecedor en las siguientes circunstancias:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del Padre/Madre/Guardián Legal |  | Fecha |
|  |  |  |
| Relación/Autoridad del Guardián Legal |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| ***Esta sección sólo para uso de la Agencia*** | | | | | |
| Pedido APROBADO |  | | | | |
| Requisitos de la Agencia: | Notificación al personal de las restricciones | | | | |
|  | Notificación a otras agencias, como necesario | | | | |
|  |  | | | | |
| Pedido NEGADO |  | | | | |
| Razón por la Negativa: | Puede prevenir o atrasar tratamiento eficaz. | | | | |
|  | Divulgación requerida por la ley | | | | |
|  | Otra | | | | |
|  | |  |  |  |  |
| Personal | |  | Título |  | Fecha |
|  | | | | | |