|  |
| --- |
|       |

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 |
|  |