|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***إذن بالتصريح للإفصاح عن المعلومات الصحية*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الاسم الأول للطفل: | | |  | | | | | | | | | | | | | | تاريخ الميلاد: | | | | | | |  | | | |
| رقم السجل الطبي للطفل: | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| أقر أنا |  | | | | | | | | | | | | | | | | بموجبه | | | | |  | | | | | |
| *(الوالد/الوصي القانوني أو الممثل بصفة شخصية)* | | | | | | | | | | | | | | | | *(اسم المزود / الوكالة / الفرد)* | | | | | | | | | | | |
| الكشف عن معلومات صحية محددة وتبادلها من السجلات (الشفهية والمكتوبة و / أو الإلكترونية) للطفل المذكور أعلاه إلى / من | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  |
| *اسم المستقبل* | | | | | | | |  | *العنوان* | | | | | | | | | |  | | *التليفون:* | | | |  | | *رقم الفاكس (اختياري)* |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  |
| *اسم المستقبل* | | | | | | | |  | *العنوان* | | | | | | | | | |  | | *التليفون:* | | | |  | | *رقم الفاكس (اختياري)* |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  |
| *اسم المستقبل* | | | | | | | |  | *العنوان* | | | | | | | | | |  | | *التليفون:* | | | |  | | *رقم الفاكس (اختياري)* |
| للأغراض والأهداف التالية: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها / تبادلها (حدد كل ما ينطبق): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سجل/وثيقة شهادة الميلاد | | | | | | | تقييمات العلاج الطبيعي | | | | | تقييمات متعددة التخصصات | | | | | | | | | | | | | | | |
| السجلات الصحية والطبية | | | | | | | تقييمات العلاج الوظيفي | | | | | خطط [IFSP] | | | | | | | | | | | | | | | |
| نتائج المختبر | | | | | | | تقييمات النطق واللغة | | | | | حالة الأهلية/الاستحقاق | | | | | | | | | | | | | | | |
| ملخصات الدخول/الخروج | | | | | | | التقييمات التنموية | | | | | تقارير/ملاحظات التقدم | | | | | | | | | | | | | | | |
| تقييمات طب العيون | | | | | | | تقييمات متعلقة بالتغذية | | | | | أخرى [برجاء التحديد] | | | | | | | | | | |  | | | | |
| التقييمات المتعلقة بالسمع | | | | | | | التقييمات المتعلقة بالتربية والتعليم | | | | | أخرى [برجاء التحديد] | | | | | | | | | | |  | | | | |
| التقييمات الاجتماعية | | | | | | | التقييمات النفسية | | | | | أخرى [برجاء التحديد] | | | | | | | | | | |  | | | | |
| سجل التاريخ التنموي | | | | | | | التقييمات الطبية | | | | | القيود (راجع الطلب المحدد) | | | | | | | | | | | | | | | |
| أعلم أن هذا التفويض ستنتهي صلاحيته في التاريخ أو الحدث أو الحالة التالية: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **(لمدة لا تتجاوز سنة واحدة)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| أعلم أنه في حالة عدم قدرتي/إخفاقي في تحديد تاريخ أو شرط انتهاء الصلاحية، فإن هذا التفويض ساري المفعول للفترة الزمنية اللازمة للوفاء بالغرض منه لمدة تصل إلى عام واحد، باستثناء عمليات الإفصاح عن المعاملات المالية، حيث يكون التفويض ساريًا إلى أجل غير مسمى. أفهم أيضًا أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال التوقيع على قسم الإبطال في الجزء السفلي من هذا النموذج. أفهم أيضًا أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذا التفويض قبل التاريخ الملغى يعتبر قانونيًا وملزمًا.  أفهم أن معلوماتي قد لا تكون محمية من إعادة الإفصاح من قبل مقدم طلب المعلومات، ومع ذلك، إذا كانت هذه المعلومات محمية بموجب لوائح السرية الفيدرالية المتعلقة بإساءة استخدام المواد المخدرة، فلا يجوز للمتلقي إعادة الكشف عن هذه المعلومات دون الحصول على إذن كتابي آخر ما لم ينص على خلاف ذلك بواسطة قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.  أفهم أنه إذا كان سجلي يحتوي على معلومات تتعلق بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز أو الحالات المتعلقة بالإيدز أو تعاطي الكحول أو المخدرات أو الحالات النفسية أو النفسية أو الاختبارات الجينية، فقد يتضمن هذا الكشف تلك المعلومات. أفهم أنني قد أطلب تقييد الكشف عن هذه المعلومات. أفهم أيضًا أنني قد أرفض التوقيع على هذا التفويض. أفهم أيضًا أن برنامج رعاية الأطفال الرُضع بولاية كارولينا الشمالية لا يمكنه رفض أو رفض تقديم العلاج أو الأهلية للمزايا إذا رفضت التوقيع على هذا التفويض. (ملاحظة، مع ذلك، إذا كان العلاج متعلقًا بالبحث، فقد يتم رفض العلاج إذا لم يتم منح الإذن.)  أدرك أني سأستلم نسخة من هذا التفويض الموقع. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | |
| *توقيع ولي الأمر والعميل والوصي القانوني والممثل الشخصي* | | | | | | | | | | |  | | *التاريخ* | | | | | | |  | | *العلاقة/سلطة المسؤول* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | |
| *توقيع الشاهد* | | | | | | | | | | |  | | *التاريخ* | | | | | | |  | | *العلاقة/سلطة المسؤول* | | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **إذن بالتصريح للإفصاح عن المعلومات الصحية - القسم المتعلق بالإلغاء** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| أطلب بموجب هذا الإذن بتبادل / الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بـ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | *الاسم الأول للطفل:* | | | | | | | | | | | | |
| جهة التوقيع: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | بتاريخ: | | | |  | | | | | |
|  | | *اسم الشخص الموقع على الإذن بالتصريح* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | *تاريخ التوقيع* | | | | | |
| يصبح ملغيًا بدءً من | | | |  | | | | | | *التاريخ* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| أفهم أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذا التفويض قبل التاريخ الملغى يعتبر قانونيًا وملزمًا. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | |  | | | | | |
| *توقيع ولي الأمر والعميل والوصي القانوني والممثل الشخصي* | | | | | | | | | | | |  | | *التاريخ* | | | | | |  | | *العلاقة/سلطة المسؤول* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | |  | | | | | |
| *توقيع الشاهد* | | | | | | | | | | | |  | | *التاريخ* | | | | | |  | | *العلاقة/سلطة المسؤول* | | | | | |