|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| ***التفویض للكشف عن المعلومات الصحية*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم الطفل: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | تاريخ الميلاد: | | | | | |  | | | |
| رقم السجل الطبي للطفل: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| أنا |  | | | | | | | | | | | | | | | بموجب هذا، | | | | |  | | | | | | |
| *(الوالد/الوصي القانوني أو الممثل الشخصي)* | | | | | | | | | | | | | | | | | *(اسم مقدم الخدمة/الوكالة/الفرد)* | | | | | | | | | | |
| أوافق على الكشف عن معلومات صحية محددة وتبادلها من السجلات (الشفوية والمكتوبة و/أو الإلكترونية) للطفل المذكور أعلاه إلى/من | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| *اسم المستلم (المستلمين)* | | | | | | | |  | *العنوان* | | | | | | | | | | |  | | | *الهاتف* | | |  | *الفاكس (اختياري)* |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| *اسم المستلم (المستلمين)* | | | | | | | |  | *العنوان* | | | | | | | | | | |  | | | *الهاتف* | | |  | *الفاكس (اختياري)* |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| *اسم المستلم (المستلمين)* | | | | | | | |  | *العنوان* | | | | | | | | | | |  | | | *الهاتف* | | |  | *الفاكس (اختياري)* |
| للغرض (الأغراض) التالية: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها/تبادلها (حدد كل ما ينطبق): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سجلات/تاريخ الميلاد | | | | | | | تقييمات العلاج الطبيعي | | | | | | | التقييمات متعددة التخصصات | | | | | | | | | | | | | |
| السجلات الصحية والطبية | | | | | | | تقييمات العلاج المهني | | | | | | | خطط الخدمة العائلية الفردية [IFSPs] | | | | | | | | | | | | | |
| نتائج المختبر | | | | | | | تقييمات الكلام واللغة | | | | | | | حالة الأهلية | | | | | | | | | | | | | |
| ملخصات الدخول والخروج | | | | | | | التقييمات التنموية | | | | | | | تقارير التقدم/ملاحظات التقدم | | | | | | | | | | | | | |
| التقييمات الطبية للعيون | | | | | | | التقييمات الغذائية | | | | | | | أخرى [حدد] | | | | | |  | | | | | | | |
| التقييمات السمعية | | | | | | | التقييمات التعليمية | | | | | | | أخرى [حدد] | | | | | |  | | | | | | | |
| التاريخ الاجتماعي | | | | | | | التقييمات النفسية | | | | | | | أخرى [حدد] | | | | | |  | | | | | | | |
| التاريخ التنموي | | | | | | | التقييمات الطبية | | | | | | | القيود انظر الطلب المحدد | | | | | | | | | | | | | |
| أفهم أن هذا التفويض سينتهي في التاريخ أو الحدث أو الحالة التالية: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(لا تتجاوز سنة واحدة)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| أفهم أنه إذا لم أحدد تاريخ انتهاء صلاحية أو شرطًا، فإن هذا التفويض يظل ساريًا للمدة اللازمة لتحقيق غرضه لمدة تصل إلى سنة واحدة، باستثناء الكشف عن المعاملات المالية، حيث يكون التفويض ساريًا إلى أجل غير مسمى. أفهم أيضًا أنه يحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال التوقيع على *قسم الإلغاء* في أسفل هذا النموذج. أفهم أيضًا أن أي إجراء يتم اتخاذه بناءً على هذا التفويض قبل تاريخ الإلغاء يكون قانونيًا وملزمًا.  أفهم أن معلوماتي قد لا تكون محمية من إعادة الكشف عنها بواسطة طالب المعلومات؛ ومع ذلك، إذا كانت هذه المعلومات محمية بموجب لوائح السرية الفيدرالية لتعاطي المواد المخدرة، فلا يجوز للمستلم إعادة الكشف عن هذه المعلومات دون تفويض كتابي إضافي مني، ما لم ينص القانون الولائي أو الفيدرالي على خلاف ذلك.  أفهم أنه إذا كان سجلي يحتوي على معلومات تتعلق بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز أو الحالات المرتبطة بالإيدز، أو تعاطي الكحول، أو تعاطي المخدرات، أو الحالات النفسية أو العقلية، أو الاختبارات الجينية، فإن هذا الإفصاح قد يشمل تلك المعلومات. أفهم أنه يحق لي طلب تقييد الكشف عن هذه المعلومات. كما أفهم أنه يحق لي رفض التوقيع على هذا التفويض. أفهم أيضًا أن برنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار لا يمكنه رفض أو الامتناع عن تقديم العلاج أو أهلية الحصول على الفوائد إذا رفضت التوقيع على هذا التفويض. (ملاحظة: ومع ذلك، إذا كان العلاج متعلقًا بالأبحاث، فقد يُرفض العلاج إذا لم يتم منح التفويض).  وأتفهم أيضًا أنني سأتلقى نسخة من هذا التفويض الموقّع. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
| *توقيع الوالد، العميل، الوصي القانوني، الممثل الشخصي* | | | | | | | | | | | | |  | | *التاريخ* | | | |  | | | *العلاقة/السلطة* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
| *توقيع الشاهد* | | | | | | | | | | | | |  | | *التاريخ* | | | |  | | | *العلاقة/السلطة* | | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **التفويض للكشف عن المعلومات الصحية – قسم الإلغاء** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| أطلب بموجب هذا إلغاء التفويض لتبادل/الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بـ | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | *اسم الطفل* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تم التوقيع بواسطة: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | في | | |  | | | | | |
|  | | | *اسم الشخص الذي وقّع على التفويض* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | *تاريخ التوقيع* | | | | | |
| يصبح الإلغاء ساري المفعول اعتبارًا من | | | | | |  | | | | | | *(التاريخ)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| أفهم أن أي إجراء يتم اتخاذه بناءً على هذا التفويض قبل تاريخ الإلغاء يكون قانونيًا وملزمًا. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |  | | |  | | | | | |
| *توقيع الوالد، العميل، الوصي القانوني، الممثل الشخصي* | | | | | | | | | | | | | |  | *التاريخ* | | | |  | | | *العلاقة/السلطة* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |  | | |  | | | | | |
| *توقيع الشاهد* | | | | | | | | | | | | | |  | *التاريخ* | | | |  | | | *العلاقة/السلطة* | | | | | |