|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***مجوز افشا (به اشتراک گذاشتن) معلومات صحی*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام طفل: | |  | | | | | | | | | | | | | | تاریخ تولد: | | | |  | | | |
| شماره سوابق طبی طفل: | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| من، |  | | | | | | | | بدینوسیله اجازه می دهم به | | | | | | | | |  | | | | | |
| *(ولی/سرپرست قانونی یا نماینده شخصی)* | | | | | | | | | | | | | | | *(نام فراهم کننده/اداره/شخص)* | | | | | | | | |
| تا معلومات خاص صحت از سوابق (شفاهی، کتبی و/یا الکترونیکی) طفل فوق الذکر به/از | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |
| *نام دریافت کننده (گان)* | | | | | |  | *آدرس* | | | | | | | | | | |  | *تیلفون* | |  | | *فکس (اختیاری)* |
|  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |
| *نام دریافت کننده (گان)* | | | | | |  | *آدرس* | | | | | | | | | | |  | *تیلفون* | |  | | *فکس (اختیاری)* |
|  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |
| *نام دریافت کننده (گان)* | | | | | |  | *آدرس* | | | | | | | | | | |  | *تیلفون* | |  | | *فکس (اختیاری)* |
| برای هدف (اهداف) ذیل به اشتراک گذاشته و تبادله نماید: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| معلومات خاصی که باید افشا/مبادله شود (همه موارد مربوطه را علامت بزنید): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سوابق تولد/تاریخچه | | | | | ارزیابی های فیزیوتراپی | | | | | | ارزیابی های چند رشته ای | | | | | | | | | | | | |
| سوابق صحی و طبی | | | | | ارزیابی‌های تداوی توسط فعالیت ها | | | | | | طرح‌های خدمات خانوادگی شخصی‌سازی‌شده [IFSPs] | | | | | | | | | | | | |
| نتایج لابراتواری | | | | | ارزیابی‌های گفتار و زبان | | | | | | وضعیت واجد شرایط بودن | | | | | | | | | | | | |
| خلاصه های پذیرش/اخراج | | | | | ارزیابی های رشدی | | | | | | گزارش‌های پیشرفت/یادداشت‌های پیشرفت | | | | | | | | | | | | |
| ارزیابی‌های چشم | | | | | ارزیابی های تغذیه ای | | | | | | دیگر [مشخص سازید] | | | | | | |  | | | | | |
| ارزیابی های شنوایی | | | | | ارزیابی های تعلیمی | | | | | | دیگر [مشخص سازید] | | | | | | |  | | | | | |
| تاریخچه اجتماعی | | | | | ارزیابی های روانشناسی | | | | | | دیگر [مشخص سازید] | | | | | | |  | | | | | |
| تاریخچه رشد | | | | | ارزیابی های طبی | | | | | | محدودیت ها درخواست خاص را بيبينيد | | | | | | | | | | | | |
| من می دانم که این مجوز در تاریخ، رویداد یا شرایط ذیل منقضی خواهد شد: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(باید از یک سال تجاوز نکند)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| من می دانم که اگر تاریخ انقضا یا شرایط را مشخص نکنم، این مجوز برای مدت زمان لازم برای تحقق هدف خود تا یک سال معتبر است، به جز افشای معلومات مربوط به تراکنش‌های مالی، که در آن مجوز به طور نامحدود معتبر است. همچنین می دانم که می‌توانم در هر زمانی با امضای بخش لغو در پایین این فرم، این مجوز را لغو کنم. همچنین می دانم که هرگونه اقدامی که قبل از تاریخ لغو این مجوز انجام شود، قانونی و لازم‌الاجرا است.  من می دانم که معلومات من ممکن است توسط درخواست‌کننده معلومات از افشای مجدد محافظت نشود؛ با این حال، اگر این معلومات توسط مقررات محرمانگی سوءمصرف مواد فدرال محافظت شود، گیرنده نمی‌تواند چنین معلوماتی را بدون اجازه کتبی بیشتر من دوباره افشا کند، مگر اینکه قانون ایالتی یا فدرال طور دیگری مقرر کرده باشد.  من می دانم که اگر سوابق من حاوی معلوماتی مربوط به عفونت HIV، ایدز یا امراض مرتبط با ایدز، سوء مصرف الکل، سوء مصرف مواد مخدر، بیماری‌های روانی یا روانپزشکی یا آزمایش جنتیک باشد، این افشا ممکن است شامل آن معلومات نیز باشد. می دانم که می‌توانم درخواست کنم که افشای این معلومات محدود شود. همچنین می دانم که می‌توانم از امضای این مجوز خودداری کنم. همچنین می دانم که در صورت امتناع من از امضای این مجوز، برنامه اطفال نوپا نمی‌تواند ارائه درمان یا واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا را رد یا تکذیب کند. (اما توجه داشته باشید که اگر درمان مربوط به تحقیق باشد، در صورت عدم ارائه مجوز، ممکن است از درمان خودداری شود.)  همچنین می دانم که یک کاپی از این مجوز امضا شده را دریافت خواهم کرد. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | | |
| *امضای ولی، موکل، سرپرست قانونی، نماینده شخصی* | | | | | | | | |  | | | *تاریخ* | | | | |  | *رابطه/صلاحیت* | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | | |
| *امضای شاهد* | | | | | | | | |  | | | *تاریخ* | | | | |  | *رابطه/صلاحیت* | | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **مجوز افشای معلومات صحی - بخش ابطال** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| من بدینوسیله درخواست می کنم که این مجوز تبادله/به اشتراک گذاشتن معلومات صحی | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | *نام طفل* | | | | | | | | | |
| امضا شده توسط: | | |  | | | | | | | | | | | | | | بتاریخ | | |  | | | | |
|  | | *نام شخصی که مجوز را امضا کرده است* | | | | | | | | | | | | | | |  | *تاریخ امضا* | | | | | |
| لغو شود، از تاریخ | | |  | | | | | | | *(تاریخ)* | | | | | | | | | | | | | |
| من می دانم که هرگونه اقدامی که قبل از تاریخ لغو این مجوز انجام شود، قانونی و لازم‌الاجرا است. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  |  | | | | | |
| *امضای والدین، موکل، سرپرست قانونی، نماینده شخصی* | | | | | | | | | | |  | | *تاریخ* | | | |  | *رابطه/صلاحیت* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  |  | | | | | |
| *امضای شاهد* | | | | | | | | | | |  | | *تاریخ* | | | |  | *رابطه/صلاحیت* | | | | | |