|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |  |
| ***건강 정보 공개 권한*** |
| 아이의 이름: |       | 생일: |       |
| 자녀의 의료 기록 #: |       |  |  |
| 나, |       | 이로써 승인 |       |
|  *(부모/법적 보호자 또는 개인 대리인)* |  *(제공자/기관/개인의 이름)* |
| 위에 명시된 아동의 기록(구두, 서면 및/또는 전자)에서 특정 건강 정보를 공개하고 교환하기 위해 |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *수령인의 이름* |  | *주소* |  | *핸드폰* |  | *팩스(선택 사항)* |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *수령인의 이름* |  | *주소* |  | *핸드폰* |  | *팩스(선택 사항)* |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *수령인의 이름* |  | *주소* |  | *핸드폰* |  | *팩스(선택사항)* |
| 다음 목적을 위해: |       |
| 공개/교환될 특정 정보(해당하는 항목 모두 선택): |
| [ ] 출생 기록/역사 | [ ] 물리 치료 평가 | [ ] 다학제적 평가 |
| [ ] 건강 및 의료 기록 | [ ] 작업 치료 평가 | [ ] 개별화된 가족 서비스 플랜 [IFSPs] |
| [ ] 실험실 결과 | [ ] 말하기 및 언어 평가 | [ ] 자격 상태 |
| [ ] 입학/퇴학 요약 | [ ] 발달 평가 | [ ] 진행 보고서/진행 노트 |
| [ ] 안과 평가 | [ ] 영양 평가 | [ ] 기타 [구체적으로] |       |
| [ ] 청력 평가 | [ ] 교육 평가 | [ ] 기타 [구체적으로] |       |
| [ ] 사회 역사 | [ ] 심리적 평가 | [ ] 기타 [구체적으로] |       |
| [ ] 발달 역사 | [ ] 의학적 평가 | [ ]  제한 특정 요청 참조  |
| 본인은 이 승인이 다음 날짜, 이벤트 또는 조건에 만료됨을 이해합니다. |       |
| **(1년을 초과하지 않음)** |
| 본인은 만료 날짜 또는 조건을 지정하지 않은 경우 이 승인이 목적을 달성하는 데 필요한 기간 동안 최대 1년 동안 유효함을 이해합니다. 단, 금융 거래에 대한 공개는 승인이 무기한 유효합니다. 또한 본인은 이 양식 하단의 *철회 섹션* 에 서명함으로써 언제든지 이 승인을 철회할 수 있음을 이해합니다 . 또한 철회 날짜 이전에 이 승인에 대해 취해진 모든 조치는 합법적이고 구속력이 있음을 이해합니다.본인은 정보 요청자가 내 정보를 재공개로부터 보호하지 못할 수 있음을 이해합니다. 그러나 이 정보가 연방 약물 남용 기밀 유지 규정에 의해 보호되는 경우 수령인은 주 또는 연방법에서 달리 규정하지 않는 한 본인의 추가 서면 승인 없이 해당 정보를 재공개할 수 없습니다.본인은 본인의 기록에 HIV 감염, AIDS 또는 AIDS 관련 상태, 알코올 남용, 약물 남용, 심리적 또는 정신적 상태 또는 유전자 검사와 관련된 정보가 포함되어 있는 경우 이 공개에 해당 정보가 포함될 수 있음을 이해합니다. 본인은 이 정보의 공개를 제한하도록 요청할 수 있음을 이해합니다. 또한 본인은 이 승인서에 서명을 거부할 수 있음을 이해합니다. 또한 본인이 이 승인서에 서명을 거부하는 경우 유아 프로그램이 치료 제공 또는 혜택 자격을 거부하거나 거부할 수 없음을 이해합니다. (단, 치료가 연구와 관련된 경우 승인되지 않으면 치료가 거부될 수 있습니다.)본인은 이 서명된 허가서 사본을 받게 됨을 이해합니다. |
|       |  |       |  |       |
| *부모, 의뢰인, 법적 보호자, 개인 대리인의 서명* |  | *날짜* |  | *관계/권한* |
|       |  |       |  |       |
| *증인 서명* |  | *날짜* |  | *관계/권한* |
|

|  |
| --- |
|  |

 |
| **건강 정보 공개 승인 – 철회 섹션** |
| 본인은 이로써 다음 사람의 건강 정보를 교환/공개할 수 있는 권한을 요청합니다. |  |
|  | *아이의 이름* |
| 서명자: |       | ~에 |       |
|  | *승인서에 서명한 사람의 이름* |  | *서명 날짜* |
| 취소, 유효 |       | *(날짜)* |
| 본인은 철회 날짜 이전에 이 승인에 대해 취해진 모든 조치가 합법적이고 구속력이 있음을 이해합니다. |
|       |  |       |  |       |
| *부모, 의뢰인, 법적 보호자, 개인 대리인의 서명* |  | *날짜* |  | *관계/권위* |
|       |  |       |  |       |
| *증인 서명* |  | *날짜* |  | *관계/권위* |