|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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* | | | | |