|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***صحت کی معلومات کو ظاہر کرنے کی اجازت*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بچے کا نام: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | تاریخ پیدائش | | | | |  | | | |
| بچے کا میڈیکل ریکارڈ #: | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| میں، |  | | | | | | | | | | بذریعہ ہذا اجازت دیتا ہے | | | | | | | | | |  | | | | | |
| *(والدین/قانونی سرپرست یا ذاتی نمائندہ)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *(فراہم کنندہ/ایجنسی/انفرادی کا نام)* | | | | | |
| کو درج بالا بچے کے ریکارڈز (زبانی، تحریری اور/یا الیکٹرانک) سے | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  | |
| *وصول کنندہ(کنندگان) کے نام* | | | | | | | |  | *پتہ* | | | | | | | | | | |  | | *فون* | | |  | *فیکس (اختیاری)* | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  | |
| *وصول کنندہ(کنندگان) کے نام* | | | | | | | |  | *پتہ* | | | | | | | | | | |  | | *فون* | | |  | *فیکس (اختیاری)* | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  | |
| *وصول کنندہ(کنندگان) کے نام* | | | | | | | |  | *پتہ* | | | | | | | | | | |  | | *فون* | | |  | *فیکس (اختیاری)* | |
| مندرجہ ذیل مقصد (مقاصد) کے لیے: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مخصوص معلومات کا انکشاف/تبادلہ کیا جائے (ان سب پر نشان لگائیں جو لاگو ہوں): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| پیدائش کے ریکارڈ/تاریخ | | | | | | | جسمانی تھراپی کی جائزہ | | | | | | | کثیر شعبہ جاتی تجزیے | | | | | | | | | | | | |
| صحت اور طبی ریکارڈز | | | | | | | پیشہ ورانہ تھراپی کے جائزے | | | | | | | انفرادی فیملی سروس پلانز [IFSPs] | | | | | | | | | | | | |
| لیبارٹری کے نتائج | | | | | | | تقریر اور زبان کے جائزے | | | | | | | اہلیت کی حیثیت | | | | | | | | | | | | |
| داخلہ/خارج کے خلاصے | | | | | | | ترقیاتی تشخیصات | | | | | | | پیشرفت کی رپورٹیں/ پیشرفت کے نوٹس | | | | | | | | | | | | |
| امراض چشم کے جائزے | | | | | | | غذائیت کی تشخیصات | | | | | | | دیگر [وضاحت کریں] | | | | | | | | | |  | | |
| آڈیولوجیکل جائزے | | | | | | | تعلیمی جائزے | | | | | | | دیگر [وضاحت کریں] | | | | | | | | | |  | | |
| سماجی سرگزشت | | | | | | | نفسیاتی جائزے | | | | | | | دیگر [وضاحت کریں] | | | | | | | | | |  | | |
| نشوونما کی سرگزشت | | | | | | | طبی جائزے | | | | | | | پابندیاں مخصوص درخواست دیکھیں | | | | | | | | | | | | |
| میں سمجھتا ہوں کہ یہ اجازت درج ذیل تاریخ، واقعہ، یا شرط پر ختم ہو جائے گی: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(ایک سال سے زیادہ نہیں)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں میعاد ختم ہونے کی تاریخ یا شرط بتانے میں ناکام رہتا ہوں، تو یہ اجازت ایک سال تک اپنے مقصد کو پورا کرنے کے لیے درکار وقت کے لیے درست ہے، سوائے مالیاتی لین دین کے افشاء کے، جس میں یہ اجازت غیر معینہ مدت تک کے لیے درست ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ میں کسی بھی وقت اس فارم کے نیچے *دیے گئے تنسیخ کے سیکشن* پر دستخط کرکے اس اجازت کو منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں مزید سمجھتا ہوں کہ منسوخی کی تاریخ سے پہلے اس اجازت پر کی گئی کوئی بھی کارروائی قانونی اور پابند کرنے والا ہے۔  میں سمجھتا ہوں کہ معلومات کے درخواست کنندہ کے ذریعہ میری معلومات کو دوبارہ افشاء کرنے سے محفوظ نہیں رکھا جاسکتا ہے؛ تاہم، اگر یہ معلومات وفاقی منشیات کے بے جا استعمال کی رازداری کے ضوابط کے ذریعے محفوظ ہیں، تو وصول کنندہ میری مزید تحریری اجازت کے بغیر ایسی معلومات کو دوبارہ افشاء نہیں کر سکتا جب تک کہ ریاست یا وفاقی قانون کے ذریعے فراہم نہ کیا جائے۔  میں سمجھتا ہوں کہ اگر میرے ریکارڈ میں HIV انفیکشن، ایڈز یا ایڈز سے متعلق حالات، شراب نوشی، منشیات کے بے جا استعمال، نفسیاتی یا نفسیاتی حالات، یا جینیاتی جانچ سے متعلق معلومات شامل ہیں، تو اس افشاء میں وہ معلومات شامل ہو سکتی ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں درخواست کر سکتا ہوں کہ اس معلومات کے افشاء کو محدود کیا جائے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس اجازت نامے پر دستخط کرنے سے انکار کر سکتا/سکتی ہوں۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام اگر میں اس اجازت نامے پر دستخط کرنے سے انکار کرتا ہوں تو علاج یا فوائد کی اہلیت فراہم کرنے سے انکار یا انکار نہیں کر سکتا۔ (نوٹ، تاہم، اگر علاج تحقیق سے متعلق ہے، اگر اجازت نہ دی گئی ہو تو علاج سے انکار کیا جا سکتا ہے۔)  میں مزید سمجھتا ہوں کہ مجھے اس دستخط شدہ اجازت نامے کی ایک کاپی موصول ہوگی۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | |
| *والدین، کلائنٹ، قانونی سرپرست، ذاتی نمائندے کے دستخط* | | | | | | | | | | | | |  | | *تاریخ* | | | |  | | *رشتہ/اختیار* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | |
| *گواہ کے دستخط* | | | | | | | | | | | | |  | | *تاریخ* | | | |  | | *رشتہ/اختیار* | | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **صحت کی معلومات کو ظاہر کرنے کی اجازت - تنسیخ کا سیکشن** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| میں بذریعہ ہذا اس اجازت کو صحت کی معلومات کے تبادلے/ افشاء کے لیے درخواست کرتا ہوں | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | *بچے کا نام* | | | | | | | | | |
| دستخط بذریعہ: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | پر | |  | | | | | |
|  | | | *اجازت نامے پر دستخط کرنے والے فرد کا نام* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | *دستخط کی تاریخ* | | | | | |
| منسوخ کیا جائے، مؤثر | | | |  | | | | | | | | *(تاریخ)* | | | | | | | | | | | | | | |
| میں سمجھتا ہوں کہ منسوخی کی تاریخ سے پہلے اس اجازت پر کی گئی کوئی بھی کارروائی قانونی اور پابند کرنے والا ہے۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |
| *والدین، کلائنٹ، قانونی سرپرست، ذاتی نمائندے کے دستخط* | | | | | | | | | | | | | |  | | *تاریخ* | | |  | | *رشتہ/اختیار* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |
| *گواہ کے دستخط* | | | | | | | | | | | | | |  | | *تاریخ* | | |  | | *رشتہ/اختیار* | | | | | |