|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***Giấy Ủy quyền Tiết lộ Thông tin Sức khỏe*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tên của Trẻ: | | |  | | | | | | | | | | Ngày sinh: | | | | | | |  | | | | | | |
| Số Hồ sơ Y tế của Trẻ: | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Tôi, |  | | | | | | | | Xin ủy quyền cho | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| *(Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp hoặc Đại diện Cá nhân)* | | | | | | | | | | | *(Tên Nhà cung cấp/Cơ quan/Cá nhân)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiết lộ và trao đổi thông tin sức khỏe cụ thể từ hồ sơ (bằng lời nói, bằng văn bản và/hoặc phương thức điện tử) của trẻ có tên ở trên đến/từ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  |
| *Tên người nhận* | | | | | |  | *Địa chỉ* | | | | | | | |  | | *Điện thoại* | | | | | | |  | | *Fax (tùy chọn)* |
|  | | | | | |  |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  |
| *Tên người nhận* | | | | | |  | *Địa chỉ* | | | | | | | |  | | *Điện thoại* | | | | | | |  | | *Fax (tùy chọn)* |
|  | | | | | |  |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  |
| *Tên người nhận* | | | | | |  | *Địa chỉ* | | | | | | | |  | | *Điện thoại* | | | | | | |  | | *Fax (tùy chọn)* |
| Cho (các) mục đích sau: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thông tin cụ thể sẽ được tiết lộ/trao đổi (đánh dấu vào tất cả các mục phù hợp): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lịch sử/Hồ sơ Khai sinh | | | | | Đánh giá Phương pháp Vật lý Trị liệu | | | | | | | Đánh giá Đa ngành | | | | | | | | | | | | | | |
| Hồ sơ Sức khỏe và Y tế | | | | | Đánh giá Phương pháp Hoạt động Trị liệu | | | | | | | Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa [IFSPs] | | | | | | | | | | | | | | |
| Kết quả Xét nghiệm | | | | | Đánh giá Ngôn ngữ và Lời nói | | | | | | | Tình trạng Đủ điều kiện | | | | | | | | | | | | | | |
| Tóm tắt Nhập viện/Xuất viện | | | | | Đánh giá Phát triển | | | | | | | Báo cáo Tiến độ/Ghi chú Tiến độ | | | | | | | | | | | | | | |
| Đánh giá Nhãn khoa | | | | | Đánh giá Dinh dưỡng | | | | | | | Khác [ghi rõ] | | | | | | |  | | | | | | | |
| Đánh giá Thính giác | | | | | Đánh giá Giáo dục | | | | | | | Khác [ghi rõ] | | | | | | |  | | | | | | | |
| Lịch sử Xã hội | | | | | Đánh giá Tâm lý | | | | | | | Khác [ghi rõ] | | | | | | |  | | | | | | | |
| Lịch sử Phát triển | | | | | Đánh giá Y tế | | | | | | | HẠN CHẾ Xem Yêu cầu Cụ thể | | | | | | | | | | | | | | |
| Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày, sự kiện hoặc điều kiện sau: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **(KHÔNG QUÁ MỘT NĂM)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tôi hiểu rằng nếu tôi không thể chỉ định ngày hoặc điều kiện hết hạn, thì giấy ủy quyền này có hiệu lực trong khoảng thời gian cần thiết để thực hiện mục đích của nó trong tối đa một năm, ngoại trừ việc tiết lộ giao dịch tài chính, trong đó giấy ủy quyền có hiệu lực vô thời hạn. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách ký tên vào *Mục Thu hồi* ở cuối mẫu đơn này. Tôi cũng hiểu rằng bất kỳ hành động nào được thực hiện đối với giấy ủy quyền này trước ngày bị hủy bỏ đều hợp pháp và ràng buộc.  Tôi hiểu rằng thông tin của tôi có thể không được bảo vệ khỏi việc bị người yêu cầu thông tin tiết lộ lại; tuy nhiên, nếu thông tin này được bảo vệ bởi Quy định Bảo mật về Lạm dụng Chất gây nghiện của Liên bang, người nhận thông tin không được tiết lộ lại thông tin đó mà không có văn bản ủy quyền khác của tôi trừ khi luật tiểu bang hoặc liên bang có quy định khác.  Tôi hiểu rằng nếu hồ sơ của tôi chứa thông tin liên quan đến tình trạng nhiễm HIV, AIDS hoặc các bệnh trạng liên quan đến AIDS, lạm dụng rượu, ma túy, bệnh tâm lý hoặc tâm thần hoặc xét nghiệm di truyền, thì việc tiết lộ này có thể bao gồm những thông tin đó. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu hạn chế tiết lộ thông tin này. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể từ chối ký giấy ủy quyền này. Tôi cũng hiểu rằng Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi không thể từ chối hoặc khước từ cung cấp điều trị hoặc đủ điều kiện hưởng quyền lợi nếu tôi từ chối ký giấy ủy quyền này. (Tuy nhiên, lưu ý, nếu việc điều trị liên quan đến nghiên cứu, việc điều trị có thể bị từ chối nếu không được cho phép.)  Tôi cũng hiểu rằng tôi sẽ nhận được một bản sao của giấy ủy quyền có chữ ký này. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | |
| *Chữ ký của Phụ huynh, Khách hàng, Người giám hộ Hợp pháp, Đại diện Cá nhân* | | | | | | | | | | | |  | | *Ngày* | | | | | | |  | | *Mối quan hệ/Quyền hạn* | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | |
| *Chữ ký của Người làm chứng* | | | | | | | | | | | |  | | *Ngày* | | | | | | |  | | *Mối quan hệ/Quyền hạn* | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GIẤY ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE – MỤC THU HỒI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tôi xin yêu cầu rằng giấy ủy quyền trao đổi/tiết lộ thông tin sức khỏe của | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | *Tên của Trẻ* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Người ký: | |  | | | | | | | | | | | | | | Vào ngày | | | | | |  | | | | |
|  | | *Tên Người Ký Giấy Ủy quyền* | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | *Ngày ký* | | | |
| Bị bãi bỏ, có hiệu lực vào ngày | | | | |  | | | *(Ngày)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tôi hiểu rằng bất kỳ hành động nào được thực hiện đối với giấy ủy quyền này trước ngày bị hủy bỏ đều hợp pháp và ràng buộc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | |
| *Chữ ký của Phụ huynh, Khách hàng, Người giám hộ Hợp pháp, Đại diện Cá nhân* | | | | | | | | | | | |  | | *Ngày* | | | | | | |  | | *Mối quan hệ/Quyền hạn* | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | |
| *Chữ ký của Người làm chứng* | | | | | | | | | | | |  | | *Ngày* | | | | | | |  | | *Mối quan hệ/Quyền hạn* | | | | |