|  |
| --- |
|  |

***برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار  
طلب لتقييد استخدام المعلومات الصحية والإفصاح عنها***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| تحديد الهوية | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم الطفل: |  | | | تاريخ الميلاد: | |  | | | | الرقم القومي للطفل (اختياري): | | | |  | |
|  | | | | | | | *شهر/يوم/سنة* | | | | | | | | |
| عنوان الوالد/الوصي القانوني: | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| الشارع | | | | | رقم الشقة | | | المدينة | | | | الولاية |  | | الرمز البريدي |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| رقم هاتف المنزل للوالد/الوصي القانوني | |  | | | | | | | رقم هاتف العمل | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| الطلب | | | | | | | | | | | | | | | |
| **أنا أفهم أنه يحق لي طلب قيود على استخدامات وإفصاحات محددة لمعلومات طفلي الصحية. وبناءً على ذلك، أطلب بموجب هذا تقييد استخدام وإفصاح معلوماتي الصحية أو معلومات طفلي الصحية التي يتم إنشاؤها أو الاحتفاظ بها من قبل هذه الوكالة أو المزود في الظروف التالية:** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| توقيع الوالد/الوصي القانوني |  | التاريخ |
|  |  |  |
| علاقة/سلطة الوصي القانوني |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| ***This Section for Agency Use Only*** | | | | | |
| Request APPROVED | | | | | |
| Agency Requirements | Notification to staff of restrictions | | | | |
|  | Notification to other agencies, as needed | | | | |
|  |  | | | | |
| Request DENIED |  | | | | |
| Reason for Denial: | May prevent or delay effective treatment. | | | | |
|  | Disclosure required by law | | | | |
|  | Other | | | | |
|  | |  |  |  |  | |
| By Staff | |  | Title |  | Date | |
|  | | | | | | |