|  |
| --- |
|  |

***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی درخواست تطبیق  
 محدودیت در استفاده و افشای معلومات صحی***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| شناسایی | | | | | | | | | | | | | | |
| نام طفل: |  | | | تاریخ تولد: | |  | | | SSN طفل (اختیاری): | | | |  | |
|  | | | | | | *سال/روز/ماه* | | | | | | | | |
| آدرس ولی/سرپرست حقوقی: | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | |  |
| جاده | | | | | شماره اپارتمان | | شهر | | | | آيالت |  | | کود پستی |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| شماره تیلفون خانگی ولی/سرپرست حقوقی: | |  | | | | | | شماره تیلفون کاری | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| درخواست | | | | | | | | | | | | | | |
| **من می دانم که می‌توانم درخواست محدودیت‌هایی در رابطه به موارد خاص استفاده و افشای معلومات صحی طفلم داشته باشم. بنابراین، بدینوسیله درخواست می‌کنم که استفاده و افشای معلومات صحی من یا طفلم که توسط این اداره یا فراهم کننده خدمات (داکتر) ایجاد یا نگهداری می‌شود، در شرایط ذیل محدود شود:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| امضای ولی/سرپرست حقوقی |  | تاریخ |
|  |  |  |
| رابطه/اختیار سرپرست حقوقی |  | |

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