|  |
| --- |
|       |

***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 |
|  |