|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***स्वास्थ्य जानकारी प्रकट करने का प्राधिकरण*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| बच्चे का नाम: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | जन्मतिथि: | | |  | | | | |
| बच्चे का मेडिकल रिकॉर्ड #: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |
| मैं, |  | | | | | | | | | | | | | एतद्द्वारा | | | |  | | | | | | | | |
| *(माता-पिता/कानूनी अभिभावक या व्यक्तिगत प्रतिनिधि)* | | | | | | | | | | | | | | | | | *(प्रदाता/एजेंसी/व्यक्ति का नाम)* | | | | | | | | | |
| उपरोक्त नामित बच्चे के रिकॉर्ड (मौखिक, लिखित और/या इलेक्ट्रॉनिक) से/को विशिष्ट स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा और आदान-प्रदान करने को प्राधिकृत करता/करती हूं | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  |
| *प्राप्तकर्ता का (प्राप्तकर्ताओं के) नाम* | | | | | | | |  | *पता* | | | | | | | | | | |  | *फ़ोन* | | |  | | *फ़ैक्स (वैकल्पिक)* |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  |
| *प्राप्तकर्ता का (प्राप्तकर्ताओं के) नाम* | | | | | | | |  | *पता* | | | | | | | | | | |  | *फ़ोन* | | |  | | *फ़ैक्स (वैकल्पिक)* |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  |
| *प्राप्तकर्ता का (प्राप्तकर्ताओं के) नाम* | | | | | | | |  | *पता* | | | | | | | | | | |  | *फ़ोन* | | |  | | *फ़ैक्स (वैकल्पिक)* |
| निम्नलिखित उद्देश्य (उद्देश्यों) के लिए: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| प्रकट/आदान-प्रदान की जाने वाली विशिष्ट जानकारी (सभी लागू होने वाली जानकारी को चिह्नित करें): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| जन्म का रिकॉर्ड/इतिहास | | | | | | | भौतिक चिकित्सा मूल्यांकन | | | | | | बहुविषयक मूल्यांकन | | | | | | | | | | | | | |
| स्वास्थ्य और चिकित्सा रिकॉर्ड | | | | | | | व्यावसायिक चिकित्सा मूल्यांकन | | | | | | व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना [IFSP] | | | | | | | | | | | | | |
| प्रयोगशाला परिणाम | | | | | | | वाणी और भाषा मूल्यांकन | | | | | | पात्रता की स्थिति | | | | | | | | | | | | | |
| एडमिशन/डिस्चार्ज का सारांश | | | | | | | विकासात्मक मूल्यांकन | | | | | | प्रगति रिपोर्ट/प्रगति नोट्स | | | | | | | | | | | | | |
| नेत्र संबंधी मूल्यांकन | | | | | | | पोषण संबंधी मूल्यांकन | | | | | | अन्य [बताएं] | | | | | | |  | | | | | | |
| ऑडियोलॉजिकल मूल्यांकन | | | | | | | शैक्षिक मूल्यांकन | | | | | | अन्य [बताएं] | | | | | | |  | | | | | | |
| सामाजिक इतिहास | | | | | | | मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन | | | | | | अन्य [बताएं] | | | | | | |  | | | | | | |
| विकासात्मक इतिहास | | | | | | | चिकित्सा मूल्यांकन | | | | | | प्रतिबंध विशिष्ट अनुरोध देखें | | | | | | | | | | | | | |
| मैं समझता/समझती हूं कि यह प्राधिकरण निम्नलिखित तिथि, घटना या शर्त पर समाप्त हो जाएगा: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(एक वर्ष से अधिक नहीं)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| मैं समझता/समझती हूं कि अगर मैं समाप्ति तिथि या शर्त बताने में विफल रहता/रहती हूं, तो यह प्राधिकरण अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समयावधि के लिए एक वर्ष तक वैध है, वित्तीय लेन-देन के प्रकटीकरण को छोड़कर, जिसमें प्राधिकरण अनिश्चित काल के लिए वैध है। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि मैं इस फ़ॉर्म के नीचे *निरस्तीकरण अनुभाग* पर हस्ताक्षर करके किसी भी समय इस प्राधिकरण को निरस्त कर सकता/सकती हूं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि निरस्तीकरण तिथि से पहले इस प्राधिकरण पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।  मैं समझता/समझती हूं कि मेरी जानकारी अनुरोधकर्ता द्वारा पुनः प्रकटीकरण से सुरक्षित नहीं हो सकती है; हालांकि, अगर यह जानकारी फ़ेडरल के पदार्थ दुरुपयोग गोपनीयता विनियमों द्वारा संरक्षित है, तो प्राप्तकर्ता मेरी लिखित अनुमति के बिना ऐसी जानकारी को तब तक फिर से प्रकट नहीं कर सकता, जब तक कि राज्य या फ़ेडरल कानून द्वारा अन्यथा प्रावधान न किया गया हो।  मैं समझता/समझती हूं कि अगर मेरे रिकॉर्ड में एचआईवी संक्रमण, एड्स या एड्स से संबंधित स्थिति, शराब का दुरुपयोग, नशीली दवाओं का दुरुपयोग, मनोवैज्ञानिक या मनोरोग संबंधी स्थिति या आनुवंशिक परीक्षण से संबंधित जानकारी है, तो इस प्रकटीकरण में वह जानकारी शामिल हो सकती है। मैं समझता/समझती हूं कि मैं अनुरोध कर सकता/सकती हूं कि इस जानकारी के प्रकटीकरण को प्रतिबंधित किया जाए। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि मैं इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने से इंकार कर सकता/सकती हूं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि अगर मैं इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने से इंकार करता/करती हूं, तो फिर मैं इन्फ़ेंट-टोडलर प्रोग्राम का उपचार या लाभ की पात्रता प्रदान करने से इंकार नहीं कर सकता/सकती। (हालांकि, ध्यान रखें कि अगर उपचार अनुसंधान से संबंधित है, तो अनुमति न दिए जाने पर उपचार देने से इंकार किया जा सकता है।)  मैं यह भी समझता/समझती हूं कि मुझे इस हस्ताक्षरित प्राधिकरण की एक प्रति प्राप्त होगी। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | | |
| *माता-पिता, ग्राहक, कानूनी अभिभावक, व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर* | | | | | | | | | | | |  | | | *तिथि* | | | | |  | *संबंध/प्राधिकरण* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | | |
| *गवाह के हस्ताक्षर* | | | | | | | | | | | |  | | | *तिथि* | | | | |  | *संबंध/प्राधिकरण* | | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **स्वास्थ्य जानकारी प्रकट करने का प्राधिकरण – निरसन अनुभाग** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| मैं अनुरोध करता हूँ कि स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के आदान-प्रदान/प्रकटीकरण का यह प्राधिकरण | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | *बच्चे का नाम* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| इसके द्वारा हस्ताक्षर किया गया: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | इस तिथि को | | |  | | | |
|  | | | *प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का नाम* | | | | | | | | | | | | | | | | |  | *हस्ताक्षर की तिथि* | | | | | |
| निरस्त किया जाएगा, जो से प्रभावी होगा | | | | |  | | | | | | *(तिथि)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| मैं समझता/समझती हूं कि निरस्तीकरण तिथि से पहले इस प्राधिकरण पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  |  | | | | | |
| *माता-पिता, ग्राहक, कानूनी अभिभावक, व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर* | | | | | | | | | | | | |  | | | *तिथि* | | | |  | *संबंध/प्राधिकरण* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  |  | | | | | |
| *गवाह के हस्ताक्षर* | | | | | | | | | | | | |  | | | *तिथि* | | | |  | *संबंध/प्राधिकरण* | | | | | |