|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***उत्तरी केरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| ***स्वास्थ्य सूचना प्रकट करने के लिए प्राधिकरण*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| बच्चे का नाम: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | जन्म की तारीख: | | | | |  | | | |
| बच्चे का मेडिकल रिकॉर्ड #: | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 1, मैं, |  | | | | | | | | | | | | इसके द्वारा प्राधिकृत करें | | | | | | |  | | | | | | |
| *(*माता-पिता/कानूनी अभिभावक या निजी प्रतिनिधि) | | | | | | | | | | | | | | | | | *(प्रदाता/एजेंसी/व्यक्ति का नाम)* | | | | | | | | | |
| उपरोक्त नामित बच्चे के रिकॉर्ड (मौखिक, लिखित और/या इलेक्ट्रॉनिक) विशिष्ट स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा और आदान-प्रदान करने के लिए | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |
| प्राप्तकर्ता का नाम | | | | | | | |  | पता | | | | | | | | | | |  | | फ़ोन | | |  | फैक्स (वैकल्पिक) |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |
| प्राप्तकर्ता का नाम | | | | | | | |  | पता | | | | | | | | | | |  | | फ़ोन | | |  | *फैक्स (वैकल्पिक)* |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |
| प्राप्तकर्ता का नाम | | | | | | | |  | पता | | | | | | | | | | |  | | *फ़ोन* | | |  | *फैक्स (वैकल्पिक)* |
| निम्नलिखित उद्देश्य या उद्देश्यों के लिए: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| प्रकटीकरण/आदान-प्रदान की जाने वाली विशिष्ट जानकारी (लागू होने वाले सभी को चेक करें): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| जन्म रिकॉर्ड / इतिहास | | | | | | | भौतिक चिकित्सा मूल्यांकन | | | | | बहुआयामी मूल्यांकन | | | | | | | | | | | | | | |
| स्वास्थ्य और चिकित्सा रिकॉर्ड | | | | | | | व्यावसायिक चिकित्सा मूल्यांकन | | | | | व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजनाएँ [IFSPs] | | | | | | | | | | | | | | |
| प्रयोगशाला परिणाम | | | | | | | भाषण और भाषा मूल्यांकन | | | | | पात्रता की स्थिति | | | | | | | | | | | | | | |
| प्रवेश / निर्वहन सारांश | | | | | | | विकासात्मक आकलन | | | | | प्रगति रिपोर्ट/प्रगति नोट | | | | | | | | | | | | | | |
| नेत्र संबंधी मूल्यांकन | | | | | | | पोषण संबंधी आकलन | | | | | अन्य (निर्दिष्ट करे] | | | | | | | | |  | | | | | |
| ऑडियोलॉजिकल मूल्यांकन | | | | | | | शैक्षिक मूल्यांकन | | | | | अन्य (निर्दिष्ट करे] | | | | | | | | |  | | | | | |
| सामाजिक इतिहास | | | | | | | मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन | | | | | अन्य (निर्दिष्ट करे] | | | | | | | | |  | | | | | |
| जन्म रिकॉर्ड / इतिहास | | | | | | | भौतिक चिकित्सा मूल्यांकन | | | | | बहुआयामी मूल्यांकन विशिष्ट अनुरोध देखें | | | | | | | | | | | | | | |
| मैं समझता हूं कि यह प्राधिकरण निम्नलिखित तिथि, घटना, या शर्त पर समाप्त हो जाएगा: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **(एक वर्ष से अधिक नहीं)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| मैं समझता हूं कि यदि मैं समाप्ति तिथि या शर्त निर्दिष्ट करने में विफल रहता हूं, तो यह प्राधिकरण वित्तीय लेन-देन के प्रकटीकरण को छोड़कर एक वर्ष तक के लिए अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समय की अवधि के लिए मान्य है, जिसमें प्राधिकरण अनिश्चित काल के लिए मान्य है। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि मैं इस फॉर्म के नीचे निरस्तीकरण अनुभाग पर हस्ताक्षर करके किसी भी समय इस प्राधिकरण को रद्द कर सकता हूं। मैं यह भी समझता हूं कि निरस्त तिथि से पहले इस प्राधिकरण पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।  मैं समझता हूं कि मेरी जानकारी सूचना के अनुरोधकर्ता द्वारा पुनः प्रकटीकरण से सुरक्षित नहीं हो सकती है; हालांकि, अगर यह जानकारी संघीय मादक द्रव्यों के सेवन गोपनीयता विनियमों द्वारा संरक्षित है, तो प्राप्तकर्ता मेरे आगे के लिखित प्राधिकरण के बिना ऐसी जानकारी का फिर से खुलासा नहीं कर सकता है जब तक कि अन्यथा राज्य या संघीय कानून द्वारा प्रदान नहीं किया जाता है।  मैं समझता हूं कि यदि मेरे रिकॉर्ड में एचआईवी संक्रमण, एड्स या एड्स से संबंधित स्थितियों, शराब के दुरुपयोग, नशीली दवाओं के दुरुपयोग, मनोवैज्ञानिक या मानसिक स्थितियों या आनुवंशिक परीक्षण से संबंधित जानकारी है, तो इस प्रकटीकरण में वह जानकारी शामिल हो सकती है। मैं समझता हूं कि मैं अनुरोध कर सकता हूं कि इस जानकारी के प्रकटीकरण को प्रतिबंधित किया जाए। मैं यह भी समझता हूं कि मैं इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने से मना कर सकता हूं। मैं यह भी समझता हूं कि अगर मैं इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने से इनकार करता हूं तो शिशु टोडलर कार्यक्रम उपचार या लाभ की पात्रता प्रदान करने से इनकार या इनकार नहीं कर सकता है। (ध्यान दें, हालांकि, यदि उपचार अनुसंधान से संबंधित है, तो प्राधिकरण नहीं दिए जाने पर उपचार से इनकार किया जा सकता है।)  मैं यह भी समझता हूं कि मुझे इस हस्ताक्षरित प्राधिकरण की एक प्रति प्राप्त होगी। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | |
| माता-पिता, ग्राहक, कानूनी अभिभावक, व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर | | | | | | | | | | |  | | | तारीख | | | | |  | | रिश्ता / अधिकार | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | |
| गवाह के हस्ताक्षर | | | | | | | | | | |  | | | तारीख | | | | |  | | रिश्ता / अधिकार | | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| स्वास्थ्य जानकारी प्रकट करने के लिए प्राधिकरण - निरसन अनुभाग | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *मैं इसके द्वारा अनुरोध करता हूं कि यह प्राधिकरण स्वास्थ्य सूचना का आदान-प्रदान/प्रकटीकरण करे* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | *बच्चे का नाम* | | | | | | | | | | |
| Signed by:  *द्वारा हस्ताक्षर किए:* | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | *में* |  | | | | | | |
|  | | *प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का नाम* | | | | | | | | | | | | | | | | |  | *हस्ताक्षर की तिथि* | | | | | | |
| रद्द किया जाए, प्रभावी | | | |  | | | | | | *(तारीख)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *रद्द किया जाए, प्रभावी तारीख) मैं समझता हूं कि रद्द करने की तारीख से पहले इस प्राधिकरण पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | | | |
| *माता-पिता, ग्राहक, कानूनी अभिभावक, व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर* | | | | | | | | | | | |  | | | *तारीख* | | | |  | | *रिश्ता / अधिकार* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | | | |
| *गवाह के हस्ताक्षर* | | | | | | | | | | | |  | | | *तारीख* | | | |  | | *रिश्ता / अधिकार* | | | | | |