|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية***

***طلب فرض قيود على استخدام أو الإفصاح عن المعلومات الصحية***

|  |
| --- |
|  |
| التعريف |
| اسم الطفل:  |       | تاريخ الميلاد: |       | Child’s SSN (optional): |       |
|   | *MM/DD/YYYY* |
| عنوان الوالد/ الوصي القانوني: |  |
|       |       |       |     |       |
|  الشارع:  | رقم الشقة:  | المدينة:  | المحافظة:  |  | الرمز البريدي:  |
|  |
| رقم هاتف منزل الوالد/ الوصي القانوني:  |       | رقم هاتف العمل:  |       |
|  |
|  |
| طلب |
| **أدرك أنني قد أطلب قيودًا على الاستخدامات والافصاحات المحددة للمعلومات الصحية لطفلي. وبناءً عليه، أطلب بموجبه تقييد استخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بي أو بطفلي التي يتم إنشاؤها أو الاحتفاظ بها بواسطة هذه الوكالة أو مقدم الخدمة في الظروف التالية:** |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

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