|  |
| --- |
|       |

*Programme pour nourrissons et tout-petits*

*Demande de restrictions sur l'utilisation et la divulgation des informations relatives à la santé*

|  |
| --- |
|  |
| Identification |
| Nom de l’enfant :  |       | Date de naissance : |       | Child’s SSN (optional) |       |
|  | *MM/DD/YYYY* |
| Adresse du parent/tuteur légal : |  |
|       |       |       |    |       |
| Rue : | Numéro de l’appartement: | Ville | État |  | Code postal: |
|  |
| Numéro de téléphone domicile du parent/tuteur légal : |       | Téléphone du bureau : |       |
|  |
|  |
| Demande |
| **Je comprends que je peux demander des restrictions sur des utilisations et des divulgations spécifiques concernant les informations relatives à la santé de mon enfant. En tant que tel, je demande par la présente la restriction de l'utilisation et de la divulgation des informations relatives à ma santé ou celle de mon enfant. qui sont créées ou conservées par cette agence ou ce fournisseur dans les circonstances suivantes :** |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Signature du parent / tuteur légal |  | Date |
|       |  |  |
| Relation/autorité du tuteur légal |  |

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