|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |  |

***건강 정보의 사용 및 공개 제한 요청***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 신분증 | | | | | | | | | | | | | |
| 아이의 이름: |  | | | 생일: | |  | | | Child’s SSN (optional): | | | |  |
|  | | | | | | *MM/DD/YYYY* | | | | | | | |
| 부모/법적 보호자 주소: | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | |  | | |  |
| 거리 | | | | | 적절한# | | 도시 | | | 상태 |  | | 지퍼 |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 부모/법적 보호자 집 전화번호 | |  | | | | | | 직장 전화번호 | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 요구 | | | | | | | | | | | | | |
| **본인은 자녀의 건강 정보의 특정 사용 및 공개에 대한 제한을 요청할 수 있음을 이해합니다. 따라서 본인은 다음과 같은 상황에서 이 기관 또는 제공자가 생성하거나 유지 관리하는 본인 또는 자녀의 건강 정보 사용 및 공개에 대한 제한을 요청합니다.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 부모/법적 보호자 서명 |  | 날짜 |
|  |  |  |
| 법적 보호자 관계/권한 |  | |

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