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