|  |
| --- |
|       |

***Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста***

***Запрос на ограничение использования и раскрытия медицинской информации***

|  |
| --- |
|  |
| Установление личности |
| Имя ребенка:  |       | Дата рождения: |       | Child’s SSN (optional): |       |
|  | *MM/DD/YYYY* |
| Адрес родителя/законного опекуна: |  |
|       |       |       |     |       |
|  Улица | Номер квартиры | Город | государство |  | Почтовый индекс |
|  |
| Родитель/законный опекун, номер домашнего телефона |       | Номер рабочего телефона |       |
|  |
|  |
| Запрос |
| **Я осознаю, что могу просить ограничить в некоторых случаях использование и раскрытие информации о здоровье моего ребенка. В соответствии с этим я прошу ограничить использование и раскрытие информации о моем здоровье или здоровье моего ребенка, которую собрало и хранило агентство или поставщик услуг, при следующих обстоятельствах:** |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Подпись родителя/законного опекуна |  | Дата |
|       |  |  |
| Родство/полномочия законного опекуна |  |

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