|  |
| --- |
|  |

***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 | |
|  | | | | | | |