|  |
| --- |
|  |

***Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina***

***Yêu cầu về Hạn chế Sử dụng và Tiết lộ Thông tin Sức khỏe***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nhận dạng | | | | | | | | | | | | | | |
| Tên của Trẻ: |  | | | Ngày sinh: | |  | | | Child’s SSN (optional): | | | |  | |
|  | | | | | | *MM/DD/YYYY* | | | | | | | | |
| Địa chỉ của Phụ huynh/Người giám hộ Hợp pháp: | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | |  | | | |  |
| Đường | | | | | Căn hộ số | | Thành phố | | | Tiểu bang | |  | | Mã vùng |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Số điện thoại nhà của Phụ huynh/Người giám hộ | |  | | | | | | Số điện thoại Nơi làm việc | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Yêu cầu | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu hạn chế đối với việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của con tôi. Do đó, theo đây tôi yêu cầu hạn chế việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của chính tôi hay con tôi do cơ quan này hoặc nhà cung cấp tạo ra hoặc lưu giữ trong những trường hợp sau đây:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ Hợp pháp |  | Ngày |
|  |  |  |
| Mối quan hệ/Thẩm quyền của Người giám hộ Hợp pháp |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| ***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 |  | Ngày | |
|  | | | | | | |