

إذن بمشاركة نتائج فحص النمو مع إدارة الصحة بولاية فيرمونت

اسم ولي الأمر/ الوصي: _____
اسم الطفل: _____
تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____

الكشف عن المعلومات

أوافق على أن تشارك [Practice/Agency Name] ملخصًا لنتائج فحص النمو لطفلي مع إدارة الصحة في فيرمونت. أدرك أنه سيتم إضافة النتائج الخاصة بطفلي إلى سجل فحص النمو عبر الإنترنت على مستوى الولاية والذي يساعد مقدمي الخدمات الصحية والتعليمية والمجتمعية على مشاركة نتائج الفحص والمعلومات. يمكن أن تشمل نتائج أي من أدوات الفحص الأربع المذكورة ما يلي:

- ASQ-3 - استبيانات الأعمار والمراحل (الإصدار الثالث)
- ASQ:SE-2 - استبيان الأعمار والمراحل: الاجتماعي العاطفي (الإصدار الثاني)
- M-CHAT-R - قائمة مرجعية معدلة للتوحد عند الأطفال الصغار (تمت مراجعتها)
- M-CHAT-R / F - قائمة مرجعية معدلة للتوحد عند الأطفال الصغار (تمت مراجعتها مع المتابعة)

الغرض من الكشف

يسهم تحديد المخاوف المتعلقة بالنمو في وقت مبكر في مساعدة الأطفال والأسر في الحصول على الدعم الذي يحتاجون إليه. يستخدم مقدمو الرعاية الصحية ومقدمو الخدمات الآخرون معلومات فحص النمو لربط العائلات بالخدمات المفيدة.

ما أدركه:

- أتفهم سبب مطالبتني بالكشف عن نتائج الفحص الخاصة بطفلي. أدرك أنه سيتم إضافة نتائج فحص طفلي إلى سجل فحص النمو.
- أفهم أن التوقيع على هذا الكشف طوعي.
- أفهم أنني لست ملزمًا بالموافقة على الكشف عن هذه المعلومات. لست بحاجة إلى الموافقة على الكشف عن هذه المعلومات للحصول على نتائج فحص طفلي أو لمشاركة نتائج الفحص الخاصة بطفلي مع مقدمي الرعاية الصحية.
- يمكنني تغيير رأيي وإلغاء هذا التفويض في أي وقت. أدرك أن أي معلومات تمت مشاركتها قبل الإلغاء ستظل في سجل فحص النمو.
- إذا أردت إلغاء موافقتي، يجب أن أفعل ذلك كتابيًا وأرسلها إلى [عنوان مقدم الخدمة].
- ما لم أبلغ هذا التصريح، سيظل هذا التفويض ساريًا حتى يبلغ طفلي سن السادسة.
- يمكنني طلب نسخة من هذا التصريح والتي قد تكون بتنسيق إلكتروني.
- تعد النسخة من هذا النموذج الموقع صالحة تمامًا مثل الأصل.

توقيع ولي الأمر/ الوصي: _____

التاريخ: ____ / ____ / ____