

授权与佛蒙特州卫生局共享 发育筛查结果

家长/监护人姓名： _____

孩子姓名： _____

出生日期： ____ / ____ / ____

信息发布

我同意 [诊所/机构名称] 将我孩子的发育筛查结果摘要与佛蒙特州卫生局分享。我知晓，我孩子的结果将被纳入全州在线发育筛查登记系统，该系统有助于医疗、教育和社区服务提供者共享筛查结果和信息。可能包含以下四种筛查工具的结果：

- **ASQ-3** - 年龄与阶段问卷（第三版）
- **ASQ:SE-2** - 年龄与阶段问卷：社交情感（第二版）
- **M-CHAT-R** - 幼儿自闭症修改检查表（修订版）
- **M-CHAT-R/F** - 幼儿自闭症修改检查表（含随访修订版）

发布目的

早期发现发育问题有助于儿童和家庭获得所需的支持。医疗保健和其他服务提供者使用发育筛查信息来帮助家庭获得相关服务。

本人知晓事项：

- 我知晓为何要求发布我孩子的筛查结果。我知晓我孩子的筛查结果将被纳入发育筛查登记系统。
- 我知晓签署本授权书是自愿行为。
- 我知晓我可以不同意发布这些信息。即便我不同意发布这些信息，我也可以获得我孩子的筛查结果，或者向医疗保健服务提供者分享我孩子的筛查结果。
- 我可以随时改变主意并撤销此授权。我知晓，撤销前已共享的信息将保留在发育筛查登记系统中。
- 如果要撤销我的同意，我必须以书面形式提出并发送至 [服务提供者地址]。
- 除非我撤销此授权，否则其有效期将持续至我的孩子年满六岁。
- 我可以索取本授权书的副本（可为电子版）。
- 本签署表格的副本与原件具有同等效力。

家长/监护人签名： _____

日期： ____ / ____ / ____