

與佛蒙特州衛生部共用發育篩查結果 同意書

家長/監護人姓名： _____
孩子的姓名： _____
出生日期： ____ / ____ / ____

資訊披露

我同意 [Practice/Agency Name] 與佛蒙特州衛生部（Vermont Department of Health）共用我孩子的發育篩查結果摘要。我明白，我孩子的檢測結果將添加到全州線上發育篩檢登記系統，以幫助健康、教育和社區服務提供者共用篩檢結果和相關資訊。可能採用以下列出的四種篩查工具中的任何一種：

- **ASQ-3** - 年齡和階段問卷（第三版）
- **ASQ: SE-2** - 年齡和階段問卷：社交情緒（第二版）
- **M-CHAT-R** - 經修訂的幼兒自閉症檢查表（修訂版）
- **M-CHAT-R/F** - 經修訂的幼兒自閉症檢查表（跟進修訂版）

披露目的

及早發現發育問題有助於兒童和家庭獲得所需的支援。醫療保健和其他服務提供者使用發育篩查資訊，幫助廣大家庭獲得有益的服務。

披露概要：

- 我明白我被要求披露我孩子的篩檢結果的原因。我明白，我孩子的篩檢結果將被添加到發育及篩查登記系統。
- 我明白，簽署此免責聲明完全出於自願。
- 我明白，我並非一定要同意披露此資訊。我不需要同意披露這些資訊來獲取我孩子的篩檢結果或要求與醫療保健服務提供者共用我孩子的篩檢結果。
- 我可以隨時改變主意並取消此項授權。我明白，在取消之前共用的任何資訊都將保留在發育篩查登記系統中。
- 如果我想要撤銷我的同意，我必須以書面形式提出並將郵寄至 [Provider Address]。
- 除非我取消此項授權，否則，此項授權將一直有效，直到我的孩子年滿六歲。
- 我可以要求獲取此披露同意書的電子版副本。
- 這份已簽署的表格的影本與原件具有同等效力。

家長/監護人簽名： _____

日期： ____ / ____ / ____

修訂日期：2025年3月

Traditional Chinese