

إذن الإفصاح عن المعلومات أو الحصول عليها  
نلتزم بالحفاظ على خصوصية معلوماتك. يرجى قراءة هذا النموذج بعناية.

**معلومات المشارك:**

اسم الطفل: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_  
الهاتف: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
طريقة الاتصال المفضلة:  الهاتف  البريد الإلكتروني

**المعلومات التي ستتم مشاركتها:**

Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ®-3)(-3ASQ®)

Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition (ASQ®:SE-2)

وضع الإحالة

غير ذلك (يرجى التوضيح): \_\_\_\_\_

يرجى وضع علامة:  الإفصاح عن/إرسال المعلومات إلى:  الحصول على/تلقي المعلومات من:

اسم الفرد: \_\_\_\_\_ المؤسسة: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
الشارع \_\_\_\_\_ البلدة/المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
الهاتف: \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني (اختياري): \_\_\_\_\_

الهدف من هذا الإفصاح عن المعلومات هو التنسيق والتواصل بشأن رعاية طفلي ونموه.

لمشاركة المعلومات مع الآخرين عبر البريد الإلكتروني أو وسائل إلكترونية أخرى، يرجى التوقيع بالأحرف الأولى من اسمك. افهم أن البريد الإلكتروني والإنترنت ينطويان على مخاطر لا يتمكن المكتب الذي يشارك المعلومات من السيطرة عليها. من المحتمل أن تطلع جهات خارجية على المعلومات المرسله بالبريد الإلكتروني. **أقبل هذه المخاطر وما زلت أطلب إرسال المعلومات عن طريق البريد الإلكتروني أو قاعدة بيانات البرنامج. التوقيع بالأحرف الأولى هنا:**

أفهم ما يلي وأوافق عليه:

- أوقع هذا النموذج اختياريًا. ولديّ الحق في الحصول على نسخة موقعة من هذا النموذج إذا طلبت نسخة منه.
- "المعلومات" المتعلقة بطفلي قد تكون في صيغة مكتوبة، أو منطوقة، أو إلكترونية، أو جميع ما سبق، وقد تتضمن سجلات من مقدمي الرعاية الصحية (مثل الأطباء، والمستشفيات، والمستشارين) أو موظفين آخرين (مثل المعلمين).
- بالتوقيع على هذا النموذج فأني أسمح للأفراد/المكاتب المذكورة أسماءهم أعلاه بمناقشة المعلومات الخاصة بطفلي للوفاء بالأغراض المذكورة.
- ستبقى معلومات طفلي سرية حسبما يقتضي القانون. إذا اخترت مشاركة هذه المعلومات مع آخرين ليسوا ملزمين بموجب القانون بالحفاظ على خصوصيتها، فلن تعد محمية وفقًا لقوانين الحفاظ على السرية.
- يجوز لي إلغاء (سحب) إذن الإفصاح عن هذه المعلومات عن طريقة ملء **نموذج الإلغاء** وإرساله إلى المكتب الذي شارك المعلومات. لا يكون نموذج الإلغاء ساريًا إلا بعد استلامه ولا يُطبّق على المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل.
- يجوز لي رفض الإفشاء عن جميع المعلومات، ومع ذلك، إذا سحبت الإذن أو رفضت الإفصاح عن بعض المعلومات أو جميعها، فقد يؤدي اختياري إلى تشخيص الحالة أو علاجها على نحو غير صحيح، أو رفض التأمين.
- ينتهي هذا النموذج بعد مرور عام من التاريخ المذكور أدناه ما لم أكتب تاريخ يسبقه هنا: \_\_\_\_\_
- يتيح هذا النموذج بمزيد من الإفصاح عن المعلومات حتى ينتهي أو يُلغى.

التاريخ: \_\_\_\_\_ توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_

