

## ការប្រគល់សិទ្ធិឱ្យបញ្ចេញ ឬទទួលបានព័ត៌មាន

យើងខ្ញុំប្តេជ្ញាក្នុងកិច្ចការពារសិទ្ធិឯកជនភាពនៃព័ត៌មានរបស់អ្នក ។ សូមអានបែបបទនេះដោយយកចិត្តទុកដាក់ ។

**ព័ត៌មានអ្នកចូលរួម ៖**

ឈ្មោះកុមារ ៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ៖ \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋាន ៖ \_\_\_\_\_  
 ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ៖ \_\_\_\_\_  
 ទូរស័ព្ទ ៖ \_\_\_\_\_ អ៊ីម៉ែល ៖ \_\_\_\_\_  
 វិធីទំនាក់ទំនងដែលអ្នកចង់ប្រើ ៖  ទូរស័ព្ទ  អ៊ីម៉ែល

**ព័ត៌មានដែលត្រូវចែករំលែក ៖**

Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ®-3)  
 Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition (ASQ®:SE-2)  
 ស្ថានភាពនៃការបញ្ជូន  ផ្សេងៗ (សូមរៀបរាប់) ៖ \_\_\_\_\_

**សូមឆែកមើល ៖  បញ្ចេញ/ផ្ញើព័ត៌មានទៅកាន់ ៖  ទទួលបាន/ទទួលព័ត៌មាន ៖**

ឈ្មោះបុគ្គល ៖ \_\_\_\_\_ អង្គការ/អង្គភាព ៖ \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋាន ៖ \_\_\_\_\_  
 ផ្លូវថ្នល់ \_\_\_\_\_ ប្រជុំជន/ក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់  
 ទូរស័ព្ទ ៖ \_\_\_\_\_ អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល (ជម្រើស) ៖ \_\_\_\_\_

**គោលបំណងនៃការលាតត្រដាងព័ត៌មាននេះ គឺដើម្បីសម្របសម្រួល និងទំនាក់ទំនងអំពីការថែទាំ និងការលូតលាស់របស់កូនខ្ញុំ ។**

**ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយអ្នកដទៃ តាមអ៊ីម៉ែល ឬតាមមធ្យោបាយអេឡិចត្រូនិកផ្សេងទៀត សូមដាក់អក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នកខាងក្រោម ។**

ខ្ញុំដឹងថា អ៊ីម៉ែល និងអ៊ិនធឺណិត មានហានិភ័យ ដែលការិយាល័យបញ្ចេញព័ត៌មាន អាចមិនមានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រងបាន ។ វាអាចកើតបានដែរដែលថា ព័ត៌មានដែលបានផ្ញើតាមអ៊ីម៉ែល អាចត្រូវបានទិញបាន ។ ខ្ញុំព្រមទទួលយកហានិភ័យទាំងអស់នោះ ហើយនៅតែស្នើសុំឱ្យផ្ញើព័ត៌មានតាមអ៊ីម៉ែល ឬតាមសំណុំទិន្នន័យកម្មវិធី ។ **ឈ្មោះជាអក្សរកាត់នៅទីនេះ ៖** \_\_\_\_\_

**ខ្ញុំដឹង និងយល់ព្រមថា ៖**

- ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះដោយស្ម័គ្រចិត្ត ។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានសំណើដែលបានចុះហត្ថលេខារួចរាល់នៃបែបបទនេះ បើសិនជាខ្ញុំស្នើសុំ ។
- “ព័ត៌មាន” ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងកូនរបស់ខ្ញុំ អាចជាព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាសំដី និង/ឬក្នុងទម្រង់ទ្រាយអេឡិចត្រូនិក ហើយអាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព (ដូចជាគ្រូពេទ្យ, មន្ទីរពេទ្យ, អ្នកប្រឹក្សាយោបល់) ឬអ្នកឯកទេសផ្សេងទៀត (ដូចជាអ្នកអប់រំ) ។
- តួលេខរបស់ខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គល/ការិយាល័យ ដូចបានបញ្ជាក់ខាងលើ ពិភាក្សាអំពីព័ត៌មាន កូនរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់គោលបំណងដូចបានបញ្ជាក់ជូនរួចហើយ ។
- ព័ត៌មានអំពីកូនខ្ញុំ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់តាមច្បាប់កំណត់ ។ បើខ្ញុំសុខចិត្តចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយអ្នកដទៃ ដែលមិនមានភាពកិច្ចក្នុងការរក្សាព័ត៌មាននេះទុកជាលក្ខណៈឯកជនទេនោះ ព័ត៌មាននេះ នឹងលែងស្ថិតក្នុងកិច្ចការពារពិច្ចាប្រការសម្ងាត់ទៀតហើយ ។
- ខ្ញុំអាចដកហូតមកវិញ (យកមកវិញ) នូវការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ ក្នុងការឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ ដោយការបំពេញ [បែបបទការដកហូតសិទ្ធិមកវិញ](#) ហើយផ្ញើទៅកាន់ការិយាល័យដែលចែករំលែកព័ត៌មាននេះ ។ បែបបទដកហូតសិទ្ធិមកវិញនឹងមានប្រសិទ្ធភាពតែក្នុងពេលដែលការិយាល័យបានទទួល ហើយវាមិនអាចយកទៅប្រើបានឡើយចំពោះព័ត៌មានណាដែលបានចែករំលែករួចរាល់ហើយនោះ ។
- ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានទាំងអស់ តែបើខ្ញុំដកហូតការប្រគល់សិទ្ធិមកវិញ ឬបដិសេធមិនឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានមួយចំនួន ឬព័ត៌មានទាំងអស់ ជម្រើសបែបនេះ អាចនាំឱ្យពេទ្យចេញធាតុវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលដោយមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ ។
- បែបបទនេះអស់សុពលភាពចំនួនមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម ប្រសិនបើខ្ញុំមិនបានបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទមុននេះនៅទីនេះទេនោះ ៖ \_\_\_\_\_
- បែបបទនេះ ផ្តល់នូវការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានបន្ថែម រហូតដល់ពេលអស់សុពលភាព ឬត្រូវដកហូតការអនុញ្ញាតមកវិញ ។

កាលបរិច្ឆេទ ៖ \_\_\_\_\_ ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ៖ \_\_\_\_\_

