

## Cho phép tiết lộ hoặc thu thập thông tin

Chúng tôi cam kết giữ kín thông tin của quý vị. Vui lòng đọc kỹ mẫu này.

### **Thông tin về người tham gia:**

Tên của đứa trẻ: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Cha (Mẹ)/Người giám hộ: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Phương thức liên lạc muốn dùng: Điện thoại E-Mail

### **Thông tin sẽ chia sẻ:**

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

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

Tình trạng giới thiệu Điều khác (mô tả): \_\_\_\_\_

**Vui lòng đánh dấu:**  Tiết lộ/Gửi thông tin đến:  Thu thập/Lấy thông tin từ:

Tên của cá nhân: \_\_\_\_\_ Tổ chức: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Đường Thành phố Tiểu bang Mã bưu điện

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Địa chỉ email (không bắt buộc): \_\_\_\_\_

**Mục đích của việc tiết lộ này là để phối hợp và liên lạc về sự chăm sóc và phát triển của con em quý vị.**

**Để chia sẻ thông tin với các bên khác qua EMAIL hoặc qua các phương thức điện tử khác, vui lòng ký tên tắt ở dưới.**

Tôi hiểu rằng email và mạng internet có những rủi ro mà văn phòng chia sẻ thông tin không thể kiểm soát được. Có khả năng là một bên thứ ba có thể đọc được thông tin chia sẻ qua email. **TÔI CHẤP NHẬN NHỮNG RỦI RO NÀY** và vẫn muốn được gửi thông tin qua email hoặc hệ thống cơ sở dữ liệu của chương trình. **Ký tắt nơi đây:** \_\_\_\_\_

Tôi hiểu và đồng ý rằng:

- Tôi tự nguyện ký tên vào mẫu này. Tôi có quyền có được một bản sao có chữ ký của mẫu này nếu tôi yêu cầu.
- “Thông tin” liên quan đến con em tôi có thể bằng văn bản, bằng lời nói và/hoặc dạng điện tử, và có thể bao gồm hồ sơ từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (như các bác sĩ, bệnh viện, chuyên gia tư vấn) hoặc các chuyên viên khác (như các nhà giáo dục).
- Chữ ký của tôi cho phép những người/văn phòng ghi trên thảo luận về thông tin của con em tôi cho các mục đích đã nói.
- Thông tin của con em tôi sẽ được giữ kín theo quy định của luật pháp. Nếu tôi quyết định chia sẻ thông tin này với những người khác không bắt buộc phải giữ kín thông tin đó theo luật, thì thông tin có thể không còn được bảo vệ bởi các điều luật về bảo vệ thông tin riêng tư.
- Tôi được quyền hủy bỏ sự cho phép tiết lộ thông tin này bằng cách điền Đơn Hủy bỏ chấp thuận và gửi đơn này cho văn phòng chia sẻ thông tin đó. Đơn Hủy bỏ chấp thuận chỉ có hiệu lực sau khi nhận được và không áp dụng cho các thông tin đã được chia sẻ trước đó.
- Tôi có thể từ chối cho tiết lộ tất cả các thông tin, tuy nhiên, nếu tôi rút lại sự cho phép hoặc từ chối cho tiết lộ một số hoặc tất cả các thông tin, lựa chọn của tôi có thể dẫn đến chẩn đoán không đúng hoặc điều trị sai, hoặc bị từ chối bảo hiểm.
- Giấy này hết hạn một năm kể từ ngày ghi dưới đây, trừ khi tôi ghi ngày hủy bỏ sớm hơn ở đây: \_\_\_\_\_
- Giấy này cho phép tiết lộ thông tin thêm cho đến khi hết hạn hoặc hủy bỏ.

Ngày: \_\_\_\_\_ Chữ ký của Cha (Mẹ)/Người giám hộ: \_\_\_\_\_

