

Early Childhood Screening Release of Information

تاريخ الولادة

إسم الطفل

إسم الوالد او ولي الامر

(For office use only)

MARSS other ID:

تستخدم (هذه المؤسسة) المعلومات التي يتم جمعها من خلال فحص صحة الطفل ونموه من أجل تحديد أية مشكلات محتملة قد تؤثر على صحة طفلك أو نموه أو تطوره أو تعلمه. وفقاً لقانون ولاية مينيسوتا، تُصنف نتائج الفحص على أنها بيانات خاصة، وهذا يعني أنه لا يمكن الإفصاح عنها أو مناقشتها مع أي شخص دون موافقتك. إذا رفضت الإفصاح عن هذه المعلومات، فلن يؤثر ذلك على أهلية طفلك للحصول على المساعدة الطبية أو أي برنامج صحي أو تعليمي أو خدمة اجتماعية أخرى. البيانات الموجزة حول مجموعات من الأطفال التي لا تتضمن معلومات حول أطفال بعينهم يمكن مشاركتها دون موافقة

يمكن استخدام المعلومات المستخرجة من فحص صحة طفلك للأغراض التالية:

1. للحصول على خدمات متابعة لطفلك بعد الفحص، إذا اخترت المشاركة
2. لترتيب تقييم إضافي أو فحص معمق لصحة طفلك أو نموه أو تطوره أو تعلمه، إذا اخترت المشاركة
3. لاستيفاء متطلبات دخول طفلك إلى المدرسة العامة أو برامج المنح الدراسية للتعليم المبكر أو الاستعداد للمدرسة أو برامج ما قبل الروضة الطوعية
4. لتقييم برامج الفحص من قبل إدارات التعليم والصحة والخدمات الإنسانية في ولاية مينيسوتا. لن يتم ذكر اسم طفلك في أي نتائج تقييمية
5. لتطوير برامج تعليمية مناسبة تلبي احتياجات الطلاب وتصميم برامج تثقيف صحي ملائمة للمنطقة التعليمية
6. لتخطيط لبرامج الطفولة المبكرة ودخول المدرسة
7. لتوفير الوصول إلى الأموال الحكومية المدفوعة للمنطقة التعليمية المحلية لقاء تقديم خدمات الفحص المطلوبة للطفولة المبكرة، وضمان المساءلة حول استخدامها

توقيعك أدناه يشير إلى أنك قرأت المعلومات الواردة أعلاه وفهمتها وتوافق على استخدام هذه المعلومات وفقاً لما تم توضيحه

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات

أوافق بموجب هذا على الإفصاح عن معلومات الفحص الخاصة بطفلي للبرامج أو الخدمات المحددة أدناه، لغرض التقييم أو الفحص أو التشخيص أو المتابعة أو التخطيط البرامجي. (يرجى تقديم الأسماء والعناوين عند توفرها.)

يرجى تحديد أي من الأشخاص/الجهات التي ترغب في أن تستلم معلومات الفحص الخاصة بطفلك

مقدم الرعاية الطبية للطفل _____

إسم طبيب الأسنان _____

(ECFE) برنامج تعليم الأسرة في مرحلة الطفولة المبكرة _____

برنامج التعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة _____

(Follow Along) برنامج المتابعة التنموية _____

إسم الجهة أو الشخص في برنامج هيد ستارت _____

مقدم الرعاية الصحية (العيادة الطبية) _____

(IEIC) لجنة التدخل المبكر بين الوزارات _____

وكالة الصحة النفسية _____

(برنامج WIC) وكالة الصحة العامة _____

إسم الجهة أو الشخص في المنطقة التعليمية _____

برنامج الاستعداد للمدرسة _____

برامج أخرى (برامج محددة إقليمياً) _____

أوافق على الإفصاح عن المعلومات

فهمت المعلومات

صلته بالطفل

التاريخ

توقيع الوالد او وصي الامر