

Child Assessment Service Registration Form
兒童體能智力測驗服務新症登記表

此欄由本中心職員填寫:

CAC No: _____

登記日期: _____

I. 兒童資料:

兒童姓名: _____ (中文) _____ (英文) 性別: _____

出生日期: _____年 _____月 _____日 出生地方** : 香港 / 中國大陸 / 海外

身份証/出世紙號碼: _____ (或) 其他身份證明文件: _____

住宅電話: _____ 住宅傳真機: _____

居住地址: _____

(中文或英文地址均可)

通訊地址 (如與上址不同) : _____

兒童乃** 香港永久居民/香港居民/持雙程証/持單程証/持旅客簽證/持學生簽證/其他 _____

II. 父母資料:

父親姓名: _____ (中文) _____ (英文)

身份證明文件號碼: _____ 出生日期: _____年 _____月 _____日

職業: _____ 公司電話: _____

教育程度: _____ 手提電話 / 傳呼機: _____

父親乃** 香港永久居民/香港居民/持雙程証/持單程証/持旅客簽證/持工作簽證/持學生簽證

母親姓名: _____ (中文) _____ (英文)

身份證明文件號碼: _____ 出生日期: _____年 _____月 _____日

職業: _____ 公司電話: _____

教育程度: _____ 手提電話 / 傳呼機: _____

母親乃** 香港永久居民/香港居民/持雙程証/持單程証/持旅客簽證/持工作簽證/持學生簽證

III. 監護人資料 (如父母不是兒童之監護人) :

監護人姓名: _____ (中文) _____ (英文)

所屬機構: _____

聯絡電話: _____

兒童及其兄弟姊妹是否曾在本中心或其他兒童體能智力測驗中心登記: 是 / 否

** 請圈出適用者

注意事項:

請先以正楷填妥登記表格及攜帶以下證明文件和費用

1. 醫生或心理學家之介紹信
 2. 兒童出世紙或身份証 (必須為正本)
 3. 父親及母親身份証 (或影印本)
 4. 兒童半身近照 1 張、健康院紀錄簿、防疫注射紀錄及所有專科覆診咭
 5. 專科門診收費 (首次求診費用港幣 100 元正, 其後每次覆診費用港幣 60 元正)
 - 若兒童符合資格享用公務員醫療福利, 必須出示兒童的正本出世紙或身份證明文件, 或有效的經修訂的通用表格第 181 號, 以供中心職員查證。
 - 若兒童為醫院管理局僱員的家屬, 並根據有關當局的政策可獲得免費醫療服務, 必須出示有效的醫院管理局表格 181。
 - 若兒童為綜合社會保障援助受助人而獲得公立診所或醫院豁免醫療費用, 必須出示有效的綜合社會保障援助受助人醫療費用豁免證明書。
- ※ 在每次應診時, 家長必須攜帶兒童出世紙或身份証, 以便核對。
- ※ 如家長未能依照已預約的日期和時間應診, 請儘快通知本中心職員改期。否則, 預約會被自動取消。預約取消後, 如家長希望重新輪候, 家長需要自行來電, 本中心會再作安排。

用途聲明:

收集資料的目的

1. 當衛生署向病人及顧客提供服務及進行其他有關活動時, 由病人或顧客所提供的個人資料, 會由衛生署作以下用途:
 - (a) 資格證明;
 - (b) 化驗結果/檢驗/診斷研究/治療的紀錄, 作繼續照料或供其他專業醫療人員參考用;
 - (c) 同意進行特別治療/化驗;
 - (d) 監察流行病;
 - (e) 追查帶病者, 以便跟進/治療;
 - (f) 評估以提供社會援助;
 - (g) 製備統計數字、進行研究或教學用;
 - (h) 服務/人力發展與策劃;
 - (i) 外間人士到訪/查詢/投訴的紀錄; 及
 - (j) 利便組織有關健康教育及社區聯絡的活動。

◇ 個人資料的提供, 出於自願。如果你不提供充分的資料, 我們可能無法證明你是否符合資格獲得某項服務或活動, 因而不能為你提供服務協助; 又或我們即使仍然提供該項服務或協助, 你亦須按不符合資格人士須繳的收費率 (通常較高) 繳費。

接受轉介人的類別

2. 你所提供的個人資料, 主要由本署內部使用, 但亦可能於有所需時因以上第 1 段所列目的向其他政府部門或有關人士披露。此外, 資料只可於你同意作出該種披露或作出該種披露是《個人資料 (私隱) 條例》所允許的情況下, 才向有關方面披露。

查閱個人資料

3. 根據《個人資料 (私隱) 條例》第 18 條及 22 條以及附表 1 第 6 原則所述, 你有權查閱及修正個人資料, 包括有權取得你於以上第 1 段所述情況下所提供的個人資料。應查閱資料要求而提供資料時, 可能要徵收費用。

查詢

4. 有關所提供個人資料 (包括查閱及修正資料) 的查詢, 應送交:
 - 兒科顧問醫生
 - 兒童體能智力測驗服務
 - 九龍亞皆老街 147L 號 2 字樓
 - 電話: 2246 6659



中九龍兒童體能智力測驗中心

九龍亞皆老街 147L 號 2 字樓
辦公時間: 星期一至五[註]
上午 9 時至下午 1 時
下午 2 時至 6 時
電話: 2246 6633 傳真號碼: 2715 3447

[註] 為切合某些服務對象的需要, 我們將在每月首個非公眾假期的星期六上午提供服務, 以取代在星期五下午提供服務的安排。 (01/2009)