

Community Action Team, PROGRAMAS de DESARROLLO de NIÑO y FAMILIA
Padre/Guardian Autoridad para Intercambiar la Información Confidencial

El Nombre de niño/a: _____

DOB: _____

Nombre de padre/guardian: _____

Dirección por correo: _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Nombre de Persona de Agencia/Contacto _____

La dirección: _____

Teléfono: _____

FAX: _____

- ___ Verification de ingreso
- ___ Información medical
- ___ Información dental
- ___ Información oír
- ___ Información vision
- ___ Vacunas
- ___ Información de crecimiento y nutrición
- ___ Información de servicios social

- ___ Los resultados de la prueba psicológicos
- ___ Evaluacion continua del niño/a:
- ___ Los reports de educación especiales
 - IEP/IFSP Estados de Elegibilidad
- ___ El Reporte de progreso
- ___ Información del reunion de transición
- ___ Otro: _____

Al firmar esta forma, usted le esta dando permiso a estas agencias a compartir informacion confidencial para ayudar nuestro trabajo con usted y su familia.

Sí, estoy de acuerdo que la agencia y/o persona en la lista antes pueden compartir y pueden intercambiar la información sobre mi y mi familia.

Este Permiso es bueno por _____ días, y no puede ser excedido mas de 120 dias.

Yo puedo cancelar esto en cualquier momento, pero yo entiendo que esto no efectuará cualquier información que haya dado. Yo entiendo que la información sobre mí y mi familia es confidencial y protegida por las leyes del estado y federal. Yo apruebo este permiso y entiendo lo que significa.

La firma de Padre/Guardian

La fecha

La firma de Testigo

La fecha

SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL

Yo he explicado a _____ la razón para este permiso, y la información confidencial que podría ser involucrada. El nombre de la persona y/o agencia se listó antes del padre/guardian nombrado anterior firmó esta forma de consentimiento y que nada se ha agregado o cambiado desde que la firma del padre/guardian fue obtenida. Yo también entiendo que cualquier adicional informacion obtendremos otro permiso de confidencialidad del padre/guardian nombrado anterior. Yo he leído y le he explicado esta forma al padre/tutor que no pueden leer.

La firma de personal de Head Start

La posición

La fecha firmó

DEVUELVA TODA LA INFORMACIÓN A:

CHILD & FAMILY DEVELOPMENT PROGRAMS

Fax: (503) _____

Centro de Head Start _____