

SHASTA HEAD START CHILD DEVELOPMENT, INC.

375 Lake Blvd., Suite 100

Redding, CA 96003

TELÉFONO: (530) 241-1036

FAX: (530) 241-2703

Centro: _____

Fax: (530) _____

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

(Proveedores de cuidado de la salud, Dentistas, Salud mental, WIC, Departamento de la Salud del Condado, Centro Regional de Norte)

Nombre de niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Domicilio: _____

De Teléfono: _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud del niño mencionado anteriormente como se describe a continuación con el propósito de evaluación y planificación educativa.

POR FAVOR FIRME CON INICIALES TODOS LOS TIPOS DE INFORMACION QUE SE USARÁ O SE DIVULGARÁ Y LLENE LAS FECHAS ESPECÍFICAS DE SERVICIOS SOLICITADOS:

Una lista de alergias actuales

Examen dental

Examen Reciente de Bienestar de Niño

Estatura y Peso

Lista de Medicamentos recientes y actual

Hemoglobina/Hematocrito

Registro de vacunación

Prueba del Plomo

Archivos Educativos***

Notas de progreso de _____ a _____ (fecha)

Resultados del laboratorio de _____ a _____ (fechas)

Radiografía o Reportes de imágenes de _____ a _____ (fecha)

Registros/Información Psicológico –Social***

Otros: IFSP/Informes de evaluación***

Divulgación de información que se realizará desde/a:

Shasta Head Start

Divulgación de información que se realizará a/desde: **Trinity County Office of**

Education/SELPA

(Nombre de la instalación en posesión de la información)

375 Lake Blvd Suite 100

(Nombre de la instalación en posesión de la información)

201 Memorial Drive/ P.O. Box 1256

(Dirección de Envío)

Redding Ca. 96003

(Dirección de Envío)

Weaverville. Ca. 96093

Entiendo que autorizar la divulgación de información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización y no necesito firmar este formulario para asegurar la participación.

Duración: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ (fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma si no se indica fecha.

Cancelación: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la agencia que la emitió. La revocación por escrito entrará en vigor al recibirla, pero no se aplicará a la información que ya se haya publicado en respuesta a esta autorización.

Re divulgación: Entiendo que la información médica utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y que ya no está protegida por las leyes y regulaciones federales con respecto a la privacidad de la información médica protegida. Además, entiendo que la confidencialidad de la información cuando se divulga a una agencia educativa pública está protegida como un registro del estudiante según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés).

Una copia de esta autorización es tan válida como un original.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis registros.

Nombre del Niño

Firma del Padre/Tutor

Relación con el Niño

Fecha: _____