

**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: \_\_\_\_\_