

**Child/Family Services
Parent/Guardian Release of Lead Level Results**

Service Options: ____ Center Based ____ Home Based ____ FCCH

Location _____ Date _____

Child's Name _____
Last First Birthdate

In order to obtain Head Start required documentation of Lead levels, I hereby give my consent for the Childhood Lead Prevention Program - Health Services Agency of Stanislaus County to send the results of the child named Lead Level results to the Head Start representative named on this authorization. In granting this permission, I understand that the Head Start Program will keep this information confidential and will not release to other parties. This release form is good for one year from date signed. A copy of this form is as valid as the original.

Name: _____ Signature: _____ Date: _____
Head Start Representative

Parent/Guardian Name: _____ Date: _____

Signature: _____ Phone: _____

Date of Testing: _____ Lead Level Result _____

**Servicios de Niños y Familias
Consentimiento para Compartir los Resultados de los Niveles de Plomo**

Opciones de servicios: ____ Basado en un centro ____ Basado en el hogar ____ FCCH

Lugar _____ Fecha _____

Nombre del niño _____
Apellido Nombre Fecha de nacimiento

Para que el programa de Head Start pueda conseguir la documentación requerida de los niveles de plomo en la sangre, doy mi consentimiento para que el Programa de Prevención de Plomo en los Niños – Agencia de Servicios de Salud del Condado de Stanislaus mande los resultados del examen de plomo en la sangre del niño apuntado arriba al representante del programa de Head Start nombrado abajo. Al dar este consentimiento, entiendo que el programa de Head Start mantendrá esta información confidencial y no la compartirá con otras entidades. Este consentimiento es válido por un año de la fecha en que es firmada. Una copia de este formulario tiene la misma validez como la copia original.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____
Representante del Programa Head Start

Nombre del padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma: _____ # de teléfono: _____

Fecha del examen: _____ Resultados de nivel de plomo _____