Stanislaus County Office of Education
Tom Changnon, Superintendent

Child & Family Services

Tony Jordan, Executive Director
1100 H Street • Modesto CA 95354 • (209) 238-1800 • FAX (209) 238-4217

CHILD/FAMILY SERVICES
CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIÁN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Nombre del Niño:_____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para poder proveer el mejor programa disponible para mi niño, yo le doy mi permiso a esta agencia de obtener o dar información a las siguientes agencias:

Nombre/Agencia_____ Nombre/Agencia_____
Domicilio_____ Domicilio _____
Ciudad _____ Ciudad _____
Código Postal _____ Código Postal_____

Nombre/Agencia_____ Nombre/Agencia_____
Domicilio_____ Domicilio _____
Ciudad _____ Ciudad _____
Código Postal _____ Código Postal_____

Ponga una palomita √ en la clase de información que está pidiendo o que se está enviando:

__ Educacional (incluyendo clase del habla/lenguaje)
__ Sicológico __Médico ___Dental __Otro_____

Nombre del Padre o Guardián Legal _____
Firma del Padre o Guardián:_____Fecha: _____
Domicilio: _____ Teléfono _____
Ciudad: _____Estado: _____Código Postal _____

Nombre del personal de Head Start _____Centro: _____
Dirección _____Teléfono: _____ FAX: _____
Ciudad _____Estado _____Código postal _____
Firma:_____Fecha:_____

Mandatory
Revised 1/14

Distribución: *Blanco:* Expediente del niño *Amarillo: Agencia* *Rosa: Padre* CF/R-33.1

Stanislaus County Office of Education
Tom Changnon, Superintendent

Child & Family Services

Tony Jordan, Executive Director
1100 H Street • Modesto CA 95354 • (209) 238-1800 • FAX (209) 238-4217

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIÁN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Nombre del Niño:_____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Solicito que la información divulgada conforme a esta autorización se utilizará únicamente para los fines siguientes:

___ Evaluación Educacional Otro: _____
___ Planes Educacionales Otro: _____
___ Planes de atención médica Otro: _____

Duración:	Esta autorización entrará en efectiva inmediatamente y permanecerá vigente hasta la fecha, o por un año desde la fecha de la firma si no se ingresa una fecha.
Revocación:	Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de la notificación por escrito a la agencia de Head Start figuran en esta forma.
La divulgación:	Entiendo que la información de salud protegida usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes y regulaciones federales con respecto a la Privacía de la información de salud protegida.
Información de la Salud:	Entiendo que autorizar la divulgación de información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta forma con el fin de asegurar un tratamiento médico.

_____ _____
Firma del Padre/Guardián Fecha

_____
Nombre en imprenta

Una copia de esta autorización es tan válida como el original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Mandatory
Revised 1/14

Distribución: *Blanco:* Expediente del niño *Amarillo: Agencia* *Rosa: Padre* CF/R-33.1