

CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN EVALUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL

(INFORMATION COLLECTION, USE, AND RELEASE CONSENT CHILD HEALTH & DEVELOPMENTAL SCREENING – Spanish)

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	<i>(For office use)</i> Child's Record No. _____
Nombre del padre/la madre		

(esta organización) usa información de esta Evaluación de Salud y Desarrollo Infantil para identificar cualquier posible problema que pueda interferir con la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo. Según las leyes de Minnesota, los resultados de las evaluaciones se clasifican como información privada. Los resultados no pueden divulgarse ni discutirse con ninguna persona sin el consentimiento suyo. Que usted se niegue a divulgar esta información no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir asistencia médica ni ningún otro programa de salud, educación o servicio social.

La información puede usarse para los siguientes propósitos:

1. Para obtener servicios de seguimiento para su hijo después de la evaluación.
2. Para hacer arreglos para más evaluaciones o controles de la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo.
3. Para satisfacer los requisitos para inscribirse en la escuela pública.
4. Para evaluar programas de evaluación del Departamento de Salud de Minnesota, el Departamento de Educación de Minnesota y/o el Departamento de Servicios Humanos. El nombre de su hijo no se indicará en ningún resultado de evaluación.

Su firma indica que usted ha leído y comprendido y que está de acuerdo en que se use la información según se indicó arriba.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo la divulgación de la información de evaluación de mi hijo a los siguientes programas o servicios indicados para propósitos de evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o programación. (Sírvase dar los nombres y las direcciones que estén disponibles.)

Marque (✓) cualquier persona/agencia que usted desee que reciba información de evaluación sobre su hijo.

	Proveedor de cuidado infantil (guardería)
	Dentista (Nombre)
	Programa Early Childhood Family Education (ECFE)
	Programa Early Childhood Special Education
	Programa Follow Along
	Programa Head Start (Nombre)
	Proveedor de cuidado médico
	Comité interagencial de intervención temprana (Interagency Early Intervention Committee - IEIC)
	Agencia de salud mental
	Otro
	Agencia de salud pública/Programa WIC
	Distrito escolar
	Programa School Readiness
	Otro (programas regionales específicos)

Comprendo la información

Autorizo que se divulgue la información

Firma del padre/madre/tutor	Fecha	Relación con el menor
-----------------------------	-------	-----------------------

