

NOMBRE DE NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA		ORGANIZACIÓN COMPAÑERA	
Programa		Organización	
Representante		Representante	
Teléfono		Teléfono	
Fax		Fax	
Email		Email	
INFORMACIÓN COMPARTIDA			
<input type="checkbox"/> Informe de la evaluación del desarrollo <input type="checkbox"/> Información medical <input type="checkbox"/> Registros médicos del diagnóstico <input type="checkbox"/> Informe de visión o audición <input type="checkbox"/> Resumen de descarga del hospital <input type="checkbox"/> Comunicación de dos vías escrita o verbal		Registros de intervención temprana: <input type="checkbox"/> Informe de la elegibilidad <input type="checkbox"/> Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Información de la evaluación o exámenes <input type="checkbox"/> Otro (describa)	
AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR			
<p>Autorizo la divulgación y solicitud de información entre el programa de intervención temprana y la organización compañera nombradas arriba. Yo comprendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda la información compartida será confidencial y se utilizará a los fines de planificación únicamente • Como el padre o madre, tengo el derecho de otorgar o negar el permiso para compartir la información de mi hijo, a menos que la divulgación de información esté permitida como una de las excepciones conforme al apartado C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) y de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés). • Si divulgando la información al distrito escolar: Esta autorización permite que Baby Watch Early Intervention Program informe al programa de educación especial del distrito escolar acerca de la participación de mi hijo en intervención temprana. El distrito escolar también se permite informarle a Baby Watch acerca de la elegibilidad de mi hijo para servicios de educación especial. • Esta información ayudará a determinar la elegibilidad de mi hijo para los servicios, el progreso del desarrollo, o los tipos y los niveles de servicios de intervención temprana, y para los fines de planificación. • La presente autorización tiene validez durante todo el período en que mi hijo reciba los servicios de intervención temprana y expirará no más tarde de la fecha del tercer cumpleaños de mi hijo. Si mi hijo salga del programa de intervención temprana antes del tercer cumpleaños, esta autorización expira en el día que se salga. • Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la revocación de mi autorización no se aplicará a la información compartida por una autorización firmada previa. 			
NOMBRE DE PADRE O MADRE		FIRMA DE PADRE O MADRE	FECHA
NOMBRE DE REPRESENTANTE DEL PROGRAMA		FIRMA DE REPRESENTANTE DEL PROGRAMA	FECHA