

## Autorización para divulgar y solicitar información

Se otorga autorización para compartir información con respecto a:

Nombre del niño\*: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_

El alias: \_\_\_\_\_

Entre las siguientes partes\*:

### Programa de intervención temprana

Nombre:* _____
Teléfono:* _____
Fax*: _____
Dirección:* _____

Y

Nombre:* _____
Teléfono:* _____
Fax*: _____
Dirección:* _____

Envíe la siguiente información a \_\_\_\_\_ dentro de los próximos cinco días.

Toda la información recibida será confidencial y se utilizará a los fines de planificación únicamente. Gracias.

Autorizo la divulgación de cualquiera de los registros que se presentan a continuación:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Examen de rutina del niño sano más reciente<br><input type="checkbox"/> Evaluación evolutiva más reciente<br><input type="checkbox"/> Historia clínica<br><input type="checkbox"/> Documentación médica del diagnóstico<br><input type="checkbox"/> Registro de vacunación<br><input type="checkbox"/> Informe de visión<br><input type="checkbox"/> Informe de audición<br><input type="checkbox"/> Comunicación de dos vías escrita o verbal | <input type="checkbox"/> Resumen de descarga del hospital<br><input type="checkbox"/> Registros de intervención temprana, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Elegibilidad para los servicios de intervención temprana del IFSP</li> <li><input type="checkbox"/> Lista de servicios del IFSP</li> <li><input type="checkbox"/> Resumen de evaluaciones/exámenes</li> <li><input type="checkbox"/> Otro:</li> </ul> <input type="checkbox"/> Otro: |
|---|--|

Comprendo que, como el padre, la madre o tutor, tengo el derecho de otorgar o negar el permiso para divulgar la información de mi hijo, a menos que la divulgación de información esté permitida como una de las excepciones conforme a las reglas de la Parte C de la Ley de Educación de Personas con Discapacidad (*Individuals with Disabilities Education Act*) y de la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad (*Family Education Rights and Privacy Act*).

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 propósitos de planificación y coordinación de atención.

**Comprendo que la presente autorización tiene validez durante todo el período en que mi hijo reciba los servicios de intervención temprana y que expirará no más tarde de la fecha del tercer cumpleaños en \_\_\_\_\_ . Si mi hijo salga del programa de intervención temprana antes del tercer cumpleaños, esta autorización expira en el día que se salga.**

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la revocación de mi autorización no se aplicará a la información compartida de acuerdo con una autorización previa.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)