

Early On[®] Autorización para Intercambiar Información

Nombre del Niño/a:

FDN:

Nombre de Padre /Guardian:

Early On[®] de Michigan ayuda coordinar servicios para el desarrollo y crecimiento de niños elegibles para la programa. Estos servicios puedan ser recibidos por otras agencias. Para proveer y planear la mejor ayuda, y cuidado posible para mi niño y nuestra familia, varios profesionales talvez necesitaran compartir información. Con esta forma doy autorización o permiso para que puedan intercambiar información o reportes necesarios. Entiendo que esta información seria utilizada para ayudar en la decisión y servicios que pueda ayudar a mi niño, si califica, y como coordinar esos servicios y beneficios por cuales calificamos.

Las personas y agencias que he firmado con iniciales abajo tienen mi permiso compartir la información sobre mi niño y familia. Esto pueda ser verbal o escrito. Entiendo que la información NO será compartida con cualquier persona que no esta autorizado por mi o que no tenga una razón valida de ella. Estoy de acuerdo que yo, en cualquier momento puedo cancelar esta forma y no compartir información con estas personas o agencias. Mi autorización para compartir información es voluntario y valido por seis (6) meses o hasta que yo por escrito cancela esta forma.

Entiendo que *Early On[®]* necesita mis opiniones y preocupaciones para planear lo mejor para mi niño y familia y que mi nombre y dirección puedan ser usados por *Early On[®]* para una encuesta consumidor.

Por Favor marcar todas las cajas:

- He leído y entiendo esta forma de consentimiento (ha sido explicado en la idioma que entiendo yo).
- Entiendo que es voluntario compartir esta información y puedo negar o revocar mi permiso en cualquier momento sin penalización.
- Entiendo que la informacion de mi hijo se guardara en un archivo con la misma seguridad de confianza
- Entiendo que la confidencial de informacion de mi hijo sera protegido por las reglas del estado y del federal, incluyendo el Acto de Individuales con Discapacidades en Educacion (IDEA), Los Derechos Familiar de Educacion y el Acto de Privacidad (FERPA), y el Acto de Seguridad de Salud Portabilidad y Accesorios (HIPPA). Informacion de salud protegido (PHI) o identificaciones personales de informacion (PII) en los archivos de mi hijo no puede ser revelado, dado, vendido, ni transferido de ninguna manera a ninguna agencia/programa (ningun contrato o representantes autorizado) no especificado en esta forma solo si esta autorizado por leyes federal o del estado.
- entiendo que mi autorizacion de informacion es voluntario. Tambien entiendo que puedo negar en firmar esta forma y por no firmar no afecta mis servicios o beneficios solo si es necesario demostrar que soy elegible o por criterio.
- Autorizo las agencias y sus representantes intercambiar verbal o escrito, archivos y información indicada arriba.

O

- No deseo compartir información en este momento.

Nombre del niño: _____

FDN: _____

Agencias Autorizadas Intercambiar Información Incluyen: (aplica iniciales que apliquen)					
Para Compartir	Inicial	Agencia/Persona	Para Compartir	Inicial	Agencia/Persona
		Departamento de Salud (Especificar)			Head Start
		Comunidad de Salud Mental (Especificar)			Hospital (Especificar)
		Departamento de Servicios Sociales			Medico (Especificar)
		Escuela Intermedio del Distrito (Especificar)			Medico (Especificar)
		Escuela Local (Especificar)			Otro (Especificar)
		Departamento de Salud de la Comunidad			Otro (Especificar)
Código de Información					
1. Archivos Escolar/IEP del ISD o LSD	6. Su Desarrollo/Social	(10 A.) Reportes de Terapia Ocupacional			
2. Reportes Médicos/Salud	7. Reportes del Equipo , Notas	(10 B) Reportes de Terapia Físico			
3. Reportes de Progreso	8. Reportes de Lenguaje/Comunicaciones	11. Plan de IFSP (firmado por los padres o inicial)			
4. Sumario de Alta Medico	9. Evaluación de Desarrollo	(12). Numero de Medicaid(Se usara unicamente cuando se necesita para un reporte de diagnosis, tratamiento, o pago de servicio)			
		(13) Numero de Seguranca Privado (Se usara unicamente para un reporte de diagnosis, tratamiento, o pago de servicio)			
		(17) Toda Informacion			
5. Reportes Psicológico	10. Reportes de Motoras Finas y Gruesas (OT y PT en esta categoria)	15. Otro(Especificar)			
Padre/Tutor o Encargado:		Fecha:	Fecha de Caducidad:		
Testigo:		Fecha:			
Para retirar este consentimiento: marque la caja indicada y firma. <input type="checkbox"/> Reitro mi consentimiento a las personas/agancias indicada arriba. Entiendo que al retirar la autorizacion no esta retroactivo que la informacion compartido antes es considerado autorizado Para retirar este consentimiento: marque la caja indicada y firma.					
<p><i>NOTA: Esta forma no permita compartir información de SIDA/VIH y programas con fondos federales de droga y/o uso/abuso de alcohol. Una autorización separada para compartir específicamente esta información sería obtenida y firmada.</i></p> <p>Entiendo que ciertas informaciones de niño (que es el niño y nombres de los padres, fecha de nacimiento, direcciones y números de teléfono) puedan ser utilizados al distrito escolar para el propósito de comunicarse con los padres sobre servicios pre-escolares, pero que el distrito escolar no puede dar esta información sin permiso escrito por los padres bajo las reglas de IDEA y FERPA.</p>					

Efectivo 1 de Julio del 2009