

Summary of Release of Information (Spanish Translation)

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Mujer

Inicial del Padre	Motivo de la liberación
	El registro más actual del examen físico, incluyendo un resultado de hemoglobina y plomo desde cualquier momento desde la infancia, y el registro actual de detección auditiva y visual.
	Registro de exámenes dentales más actual y cualquier registro de tratamiento de seguimiento y / o fechas de cita.
	Resultados de la evaluación/Informes de evaluación, Notificaciones de la Reunión y IEP/IFSP/IIIP, si se
	Evaluación de Diagnóstico de Salud Mental
	Otro (Especificar):

Autorizo a WCMCA Head Start a liberar e intercambiar la información inicial anterior en forma verbal o escrita con:

Organización: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado y ZIP: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Para el siguiente propósito:

- Para cumplir con los requisitos de Head Start
- Planificación y/o modificación del plan de servicio del programa
- Determinar la elegibilidad para los servicios del programa

1. Entiendo que una vez publicada la información ya no estará cubierta por las Leyes Federales de Privacidad y puede ser resciscerrada. I understand that information not originated by WCMCA Head Start cannot be released to another facility.
2. Entiendo que puedo negarme a divulgar esta información y me han explicado las consecuencias de la negativa.
3. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento (no retroactivo) a menos que mi participación en este programa sea una condición de libertad condicional, libertad condicional u otra orden judicial. En ese caso, entiendo que no puedo revocar este consentimiento hasta que se cumplan esas condiciones o después de 60 días, lo que ocurra más tarde. Entiendo además que la revocación debe ser por escrito.
4. Entiendo que una fotocopia o fax de esta autorización será tratado de la misma manera que el original.
5. Entiendo que esta autorización es válida para los registros existentes y los creados después de la fecha de firma.
6. Entiendo que esta autorización expirará automáticamente un año a partir de la fecha de mi firma.

Firma del Padre/Guardian Legal: _____ Fecha: _____