



Mountainland Head Start, Inc.

AUTORIZACIÓN PARA PEDIR O REVELAR INFORMACIÓN

Esta es una traducción del Formulario “Authorization to Request or Disclose Information” que se le proporciona a usted para firmar ya que las agencias con las quienes trabajamos la necesitan en Ingles.

PROPÓSITO: Para poder proveer los mejores servicios posibles, Mountainland Head Start, Inc. (MHS) y otras agencias de la comunidad trabajan juntos y necesitan compartir información acerca de su niño(a) y familia. Tenga en cuenta que las decisiones de inscripción no están condicionadas al consentir o negarse a firmar este formulario.

DERECHOS: Entiendo que los registros de mi niño(a) son protegidos bajo reglamentos estatales y federales que gobiernan el carácter confidencial de estos documentos y no pueden ser revelados sin mi permiso escrito a menos que lo requiera los reglamentos estatales y federales. Entiendo también que esta Autorización es limitada a las agencias mencionadas abajo y que la información no puede entregarse a ninguna otra persona ni usarse para ningún otro propósito aparte de lo mencionado. Una vez que se hayan revelado los registros, no podemos garantizar que los destinatarios no divulguen la información a terceros no protegidos por HIPPA. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por escrito a Mountainland Head Start, Inc., excepto en la medida en que ya haya tomado acción en relación a la autorización.

INICIALES	AGENCIAS PARTICIPANTES	PROPÓSITO DE LA PETICIÓN
_____	Especialista de los Oídos/Patología de hablar	Registros de Exámenes de Oídos
_____	Early Head Start/KOTM	Información de la Educación, registros de salud & IEP
_____	Dentista	Examen Dental y registro de Tratamiento
_____	Departamento de Servicios de Trabajadores	Medicaid, Plan de Empleo Familiar, subsidio de cuidado de niños
_____	Departamento de Salud	Resultados del Examen Físico, Seguimiento, Vacunas
_____	Consultante de Salud Mental/Sicólogo	Observación y Consultación (No para registros de psicoterapia)
_____	Programa Head Start para Migrantes	Records de inscripción, Educación, y Salud
_____	Optometrista/Oftalmólogo	Examen de la Vista y Seguimiento
_____	Médico	Resultados del Examen, Seguimiento, Vacunas, laboratorios etc.
_____	Distrito Escolar	Registros y Información de la Educación y la Salud
_____	WIC	Hemoglobina / hematocrito; Evaluación del crecimiento
_____	Upstart	Preescolar en internet gratis para los que califican
_____	United Way – Help Me Grow	Permiso para mandar resultados del ASQ-SE para recibir información sobre el desarrollo del niño y información de recursos de la comunidad.

AUTORIZACIÓN: Doy permiso voluntariamente al Especialista de Salud, trabajador social de la familia o Especialista del desarrollo infantil y a las agencias marcadas arriba para compartir información relacionada a mi niño(a) y familia. En esta manera yo descargo las agencias arriba de cualquier y toda sujeción a juicio por revelar y compartir tal información. Esta Autorización para Pedir o revelar Información caduca 18 meses después de la fecha en la que esta forma a sido firmada.