

<ul style="list-style-type: none"> • HEAD START • EARLY HEAD START • OREGON HEAD START PRE-KINDERGARTEN • Programa de Distribución de Asiento de Carro 	Umatilla-Morrow Head Start, Inc. 110 NE 4 th Street Hermiston, OR 97838 (541) 564-6878 FAX (541) 564-6879	<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMA DE WIC • Cuidado de Niños Recursos y Referencias • HEALTHY START "Comienzo Saludable"
--	--	--

Autorización para Liberación de Información: Familias con Niños

A Nuestros Clientes: Le podemos ayudar mejor si podemos trabajar con otras agencias que le conocen a usted y a su familia. Al firmar esta forma, usted da permiso para que estas organizaciones compartan información acerca de usted y/o de la situación de su hijo con nosotros y para que nosotros compartamos información acerca de usted y de la situación de su hijo con ellos.

Su Nombre, Numero de Seguro Social y Fecha de Nacimiento

Nombre: _____ FDN: _____ #SS _____

Nombre: _____ FDN: _____ #SS _____

Nombre, Numero de Seguro Social y Fecha de Nacimiento de su Hijo

Nombre: _____ FDN: _____ #SS _____

Doy autorización a cualquiera de las siguientes agencias ó personas en las que he puesto mis iniciales abajo para compartir e intercambiar información acerca de mi y de mi familia con Umatilla Morrow Head Start, Inc. y para que Umatilla Morrow Head Start, Inc. comparta e intercambie información acerca de mi y mi familia con estas personas ó agencias.

<p><u>(Favor de poner sus iniciales)</u></p> <p>_____ DHS Child Welfare</p> <p>_____ DHS/CHS Self-Sufficiency</p> <p>_____ ESD: _____</p> <p>_____ Distrito Escolar: _____</p> <p>_____ Hospital _____</p> <p>_____ CAPECO _____</p> <p>_____ Departamento de Empleo</p> <p>_____ Departamento de Salud _____</p> <p>_____ WIC _____</p> <p>_____ Otro: _____</p>	<p>Salud Mental (Escriba el nombre de la agencia ó consejero)</p> <p>_____</p> <p>Agencia de Tratamiento Alcohólico y Droga</p> <p>_____</p> <p>Proveedor de Cuidado de Niño (Escriba el Nombre)</p> <p>_____</p> <p>Proveedor Medico/Dental (Escriba los nombres de Proveedores)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

Incluyendo registros de: (Favor de poner sus iniciales)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historial de la Familia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Empleo/Desempleo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reportes Educacionales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento de Alcohol/Droga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salud Mental/Servicios Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento Medico/Dental |

Otra Información:

.....

Registros de Alcohol/Droga, Salud Mental, Psiquiátricos, Dental, y Médicos incluye todos los aspectos de diagnósticos, tratamiento y prognosis. Registros educacionales incluyen ambos, de comportamiento y reportes de progreso.

Propósito: La información que se recibe se **usara para evaluar mi situación y para hacer planes para y coordinar servicios para mi y mi familia**, ó para otros propósitos según se especifique: _____

Este permiso es valido por **un año** ó hasta: _____ **(no puede ser para mas de un año)**

Puedo cancelar esto en cualquier tiempo, pero comprendo que al cancelarlo no afectara ninguna información que ya se ha liberado antes de la cancelación. Comprendo que la información acerca de mi caso es confidencial y esta protegida por la ley estatal y federal. Apruebo la liberación de esta información. Comprendo lo que significa este acuerdo. Estoy firmando de mi propia voluntad y no se me ha presionado para hacerlo.

___ Cliente	___ Guardian
___ Padres	___ Custodia Legal	Firma	Fecha
		Firma	Fecha
	
		Firma del Personal	Fecha

To those receiving information under this authorization: This information disclosed to you is protected by state and federal law. You are not authorized to release it to any agency or person not listed on this form without specific written consent of the person to whom it pertains unless authorized by other laws.

This is a true copy of the original authorization document _____ (Agency Staff Person)