

- HEAD START
- EARLY HEAD START
- OREGON HEAD START PRE-KINDEGARDEN
- CAR SEAT LOAN PROGRAM

Umatilla-Morrow Head Start, Inc.  
 721 SE Third Portland, OR 97201  
 (503) 378-1771 FAX (503) 265-7143

- WIC PROGRAM
- CHILD CARE RESOURCE REFERRAL PROGRAM
- USDA DAY CARE HOME PROGRAM

## Authorization for Release of Information: Families with Children

*To Our Clients:* We can help you better if we are able to work with other agencies that know you and your family. By signing this form, you are giving permission for these organizations to share information about you or your child's situation with us and for us to share information about you and your child's situation with them.

Your Name, Social Security Number and Date of Birth

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Your Children, Social Security Numbers and Dates of Birth

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

*I authorize any of the following individuals or agencies that I have initialed below to share and exchange information about me and my family with Umatilla Morrow Head Start, Inc. and for Umatilla Morrow Head Start, Inc. to share and exchange information about me and my family with these individuals or agencies.*

<b>Initial:</b> _____ Services to Children and Families _____ Adult and Family Services _____ ESD: _____ _____ School District: _____ _____ Hospital _____ _____ CAPECO _____ _____ Department of Employment _____ Health Department _____ _____ WIC _____ _____ Other: _____ _____ Other: _____	<b>Initial:</b> _____ Mental Health _____ _____ Alcoholic & Drug Treatment Agency _____ _____ Child Care Provider _____ _____ Medical Providers _____ _____ _____
---	---

Including records of: (Please initial)

- \_\_\_ Yes \_\_\_ No Family History
- \_\_\_ Yes \_\_\_ No Employment/Unemployment
- \_\_\_ Yes \_\_\_ No Educational Reports
- \_\_\_ Yes \_\_\_ No Alcohol/Drug Treatment
- \_\_\_ Yes \_\_\_ No Mental Health/Psychiatric Services
- \_\_\_ Yes \_\_\_ No Medical/ Dental Treatment

Other Information:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alcohol/Drug, Mental Health, Psychiatric, Dental, and Medical Records include all aspects of diagnosis, treatment and prognosis. Educational records include both behavioral and progress reports.

**Purpose:** The information received will be used to evaluate my situation and to plan for and coordinate services for me and my family, or for other purposes as specified: \_\_\_\_\_

This permission is good for one year or until: \_\_\_\_\_

*I can cancel this at any time, but I understand that the cancellation will not affect any information that was already released before the cancellation. I understand that the information about my case is confidential and protected by state and federal law. I approve the release of this information. I understand what this agreement means. I am signing on my own and have not been pressured to do so.*

<input type="checkbox"/> Client	<input type="checkbox"/> Guardian	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Legal Custody	Signature	Date	Signature	Date
				Staff Signature	Date

*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)

- HEAD START
- EARLY HEAD START
- OREGON HEAD START PRE-KINDERGARTEN
- CAR SEAT LOAN PROGRAM

Umatilla Morrow Head Start, Inc.  
 721 SE Tiro, Pendleton, OR 97801  
 (541) 278-9770 FAX (541) 278-5770

- WIC PROGRAM
- CHILD CARE RESOURCE REFERRAL PROGRAM
- USDA DAY CARE HOME PROGRAM

## Autorización para Liberación de Información: Familias con Niños

*A Nuestros Clientes:* Podemos ayudarlo mejor si tenemos la capacidad de trabajar con otras agencias que conocen a usted y a su familia. Con firmar esta forma, usted da permiso a éstas organizaciones de poder compartir información acerca de usted o la situación de su niño con nosotros y que nosotros también podamos compartir información acerca de usted y la situación de su niño con ellos.

Su Nombre, Numero de Seguro Social y Fecha de Nacimiento

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Sus Niños, Numeros de Seguro Social y Fechas de Nacimiento

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

*Autorizo que, los siguientes individuos o agencias que he iniciado al siguiente, pueden compartir y cambiar información acerca de mi y mi familia con Umatilla Morrow Head Start, Inc. y que Umatilla Morrow Head Start, Inc puede compartir y cambiar información acerca de mi y mi familia con estos individuos o agencias.*

<b>Inicial:</b> _____ Servicios a Niños y Familias _____ Servicios para Adulto y Familia _____ ESD: _____ _____ Distrito Escolar: _____ _____ Hospital _____ _____ CAPECO _____ _____ Departamento de Empleo _____ Departamento de Salud _____ _____ WIC _____ _____ Otro: _____ _____ Otro: _____	<b>Inicial:</b> Salud Mental _____ _____ Agencia Para Tratamiento de Alcohol y Drogas _____ Proveedor de Cuidado de Niño _____ Proveedores Medicales _____ _____ _____
---	---

Incluyendo datos de: (Iniciales por favor)

- \_\_\_ Si \_\_\_ No Historia Familiar
- \_\_\_ Si \_\_\_ No Empleo/Desempleo
- \_\_\_ Si \_\_\_ No Reportes Educacionales
- \_\_\_ Si \_\_\_ No Tratamiento de Alcohol/Drogas
- \_\_\_ Si \_\_\_ No Salud Mental/Servicios Psiquiátrico
- \_\_\_ Si \_\_\_ No Tratamiento Medical/Dental

Otra Información:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alcohol/Droga, Salud Mental, Psiquiátrico, Dental, y Registros Médicos incluyen todos los aspectos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Los registros educacionales incluyen tanto como comportamiento y informes de progreso.

**Propósito:** La información recibida estará utilizado para evaluar mi situación y para planear y coordinar servicios para mí y mi familia, o para otros propósitos como se especifica: \_\_\_\_\_

Este permiso es bueno para un año o hasta: \_\_\_\_\_

*Puedo cancelar esto en cualquier momento, pero entiendo que la cancelación no afecta cualquier información que estuvo liberado ya antes de la cancelación. Entiendo que la información acerca de mi caso es confidencial y protegido por ley del estado y federal. Apruebo la liberación de esta información. Entiendo lo que este acuerdo significa. Estoy firmando por mí propio y no he sido presionado para hacer así.*

Cliente       Encargado  
 Padre       Custodia Legal

\_\_\_\_\_ Firma      \_\_\_\_\_ Fecha      \_\_\_\_\_ Firma      \_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma de Personal      \_\_\_\_\_ Fecha

**Para aquellos recibiendo información bajo esta autorización.** Esta información descubierto a usted está protegido por ley del estado y federal. Usted no está autorizado a liberar a cualquier agencia o persona no listada en esta forma sin consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece a menos que autorizada por otras leyes.

Esta es una copia verdadera del documento de autorización original \_\_\_\_\_ (Personal de la Agencia)