

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR REGISTROS E INFORMACIÓN DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Yo, (*Padre/Parte responsable*) _____, doy mi consentimiento para que el Programa de Intervención Temprana de Arizona divulgue y comparta información (por escrito y/o conversación) acerca de:

(*Nombre completo del menor*) _____ (*Fecha de nacimiento*) _____.

A la siguiente persona/agencia:

Nombre de la persona o agencia _____

Dirección (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Con el propósito de: (*solo marque lo que corresponda*)

Compartir una copia del Plan Individualizado de Servicio Familiar

Determinación de elegibilidad por la agencia educativa local

Compartir una copia del informe(s) de evaluación

Compartir información acerca del estado o progreso

Terapia ocupacional

Participar en la conferencia de transición

Terapia física

Colaborar con Servicios de Protección de Menores

Educación especial para el desarrollo

Compartir el estado de elegibilidad de AzEIP

Patología del habla y lenguaje

Otro (*especifique*): _____

Compartir una copia de los informes de progreso

He leído y comprendo las condiciones de esta autorización para divulgar información. Entiendo que he aceptado divulgar la información solo a la persona o al programa mencionado anteriormente, y que la persona o el programa no puede divulgarla a nadie sin mi consentimiento previo por escrito. Esta autorización es válida por un año (12 meses) a menos que yo la revoque antes del término de ese plazo.

Escriba en letra de molde o teclee el nombre completo del padre(s)/parte responsable

Relación con el menor

Firma del padre(s)/parte responsable

Fecha

Este formulario debe usarse para enviar los registros de intervención temprana a otras personas o programas, tales como un médico, el distrito escolar, Head Start, etc. Llene el formulario solo si es necesario. Todas las secciones deben llenarse para que firme el padre.