

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento informado a:  
*Padre, madre o persona responsable*

Nombre de la Persona o Agencia que publica los registros: \_\_\_\_\_

Dirección (*Num., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Para divulgar y compartir información (por escrito y/o de palabra) acerca de:**

Nombre completo del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

con el Programa de Intervención Temprana de Arizona. El Programa de Intervención Temprana de Arizona incluye la participación y el intercambio de información entre las siguientes agencias que determinan la elegibilidad de la agencia y proporcionan servicios de intervención temprana: Departamento de Seguridad Económica (DES por sus siglas en inglés), Programa de Intervención Temprana de Arizona, DES/División de Discapacidades del Desarrollo (DDD por sus siglas en inglés), y las Escuelas del Estado de Arizona para Sordos y Ciegos (ASDB por sus siglas en inglés).

**Los documentos y registros deben enviarse por fax o por correo a:**

Nombre de la persona/agencia AzEIP: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección (*Num., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento específico para que se divulgue la siguiente información a la persona/agencia mencionada anteriormente:**

\_\_\_\_\_

**Este consentimiento es válido por un año (12 meses) a menos que lo revoque antes del final de ese tiempo.**

\_\_\_\_\_  
*Escriba en letra de Molde el Nombre Completo del Padre(s)/Parte Responsable* *Relación con el Menor*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre(s)/Parte Responsable* *Fecha*

**Este formulario se utilizará para obtener registros de personas/programas, como médicos, Early Head Start, etc. Complete el formulario solo si es necesario; todas las secciones deben completarse para que el padre/la parte responsable lo firme.**