

Solicitud de información (no médica) de Early On

Información del niño

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Nombre de padre/madre/tutor:

Propósito

El propósito de esta solicitud es recopilar la información necesaria para determinar la elegibilidad de su hijo para *Early On*, y para planificar y proporcionar los servicios según lo determinado a través del proceso del equipo multidisciplinario.

Agencia(s)/Persona(s) que debe(n) compartir información con *Early On*

La(s) agencia(s)/persona(s) indicada(s) a continuación tiene(n) permiso para compartir la información específica indicada sobre mi hijo.

Agencia/Persona	Información específica a compartir con <i>Early On</i>

Autorización

Mi firma a continuación significa que entiendo que:

- Mi autorización para permitir que se comparta información sobre mi hijo es voluntaria y expira al salir de *Early On* o cuando mi hijo cumpla tres años.
- La información recibida en virtud de esta autorización pasa a formar parte del expediente educativo del niño y está protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA).
- La información puede ser divulgada de nuevo por *Early On* como parte del expediente educativo protegido por FERPA.
- La negativa a firmar esta autorización no afectará a mi capacidad para obtener los servicios de *Early On*.
- Puedo revocar o cancelar el consentimiento en cualquier momento, sin penalización alguna, con una notificación por escrito a *Early On*. La información que ya se ha compartido sobre la base de esta autorización no puede retirarse.

He leído y comprendo este formulario de autorización (o me lo han leído en un idioma que comprendo) y:

Autorizo a la(s) agencia(s)/persona(s) arriba indicada(s) a entablar comunicación verbal, escrita o electrónica con el fin de compartir los expedientes e información especificados.

No deseo que se divulgue ninguna información en este momento.

Firma de padre/madre/tutor:

Relación con el niño:

Fecha: