

tiny-k Early Intervention

Formulario de Permiso General

Nombre Completo del menor: _____ Fecha de Nacimiento _____

*Yo autorizo a tiny-k Early Intervention y a las agencias participantes a intercambiar

1) historias médicas 2) información de educación 3) información social 4) información de desarrollo
Con todas las siguientes agencias excepto....

(Favor tachar con una línea las agencias en la lista las cuales con quienes usted NO quiere que intercambiamos información.)

- | | |
|--|---|
| Baldwin Elementary School | Lawrence Memorial Hospital |
| Ballard Community Center | Lawrence Optometric Clinic |
| Bert Nash Community Mental Health Center | Lawrence Otolaryngology Association, P.A. |
| Brookcreek Learning Center | Nottingham Elementary School - Eudora |
| Children’s Learning Center | Overland Park Regional Medical Center |
| Children’s Mercy Hospital | Parents As Teachers Program |
| Cottonwood, CDD | Pediatric and Adolescent Medicine, P.A. |
| Douglas County Child Development Association | Raintree Montessori |
| tiny-k Early Intervention Staff | Social and Rehabilitation Services |
| Early Childhood Autism Program (ECAP) | Social Security Administration |
| East Central Kansas Cooperative in Education | Sound Beginnings |
| Haskell Indian Health Service | Stepping Stones |
| Healthy Balance, Inc. | Success by 6 Coalition |
| Hilltop Child Development Center | Sunnyside Infant-Toddler Program |
| KU Child and Family Services Clinic | Trinity In-Home Care |
| KU Medical Center | Child Care Provider _____ |
| Kaw Valley Center Behavioral Healthcare | Physician _____ |
| Lawrence-Douglas County Health Department | Other _____ |
| Lawrence Early Childhood Special Services/USD #497 | Other _____ |
| Lawrence Family Vision Clinic | |

* Yo entiendo que el propósito de tal divulgación es para coordinar los servicios de estas agencias para satisfacer las necesidades de mi familia, y las cuales serán utilizadas solamente para el beneficio del desarrollo de mi hijo/hija, y que la confidencialidad se mantendrá de acuerdo con las regulaciones federales y del estado.

* También entiendo que tengo acceso a cualquier información que sea compartida por las agencias con respecto a mi hijo/hija.

* Por la presente exonero a tiny-k Early Intervention y a todas las agencias participantes de toda responsabilidad legal o obligaciones que podrían presentarse por medio del acto que yo he autorizado por este formulario.

Fecha _____ Firma _____
(relación con el menor): _____

Representante de tiny-k Early Intervention _____ Agencia _____

*Este formulario se vence dentro de tres años con esta fecha y firma o a pedido de los padres.

*Todas las copias de este formulario son válidos.

Revisado 7/25/2006