

AUTORIZACION PARA INTERCAMBIAR INFORMACION Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del niño		Fecha de Nacimiento	
Nombre del Padres o Tutor		Fecha de Nacimiento	

La agencia y el personal autorizaron para intercambiar información incluyen:

- Personal y consultores de CNE EHS/HS
- Escuela
- Socios de CNE EHS/HS
- I-CARE/ (Departamento DE Salud pública de Illinois)
- Programa de asistencia para cuidado de niños
- Contacto de emergencia
- Child y Family Connectios
- Auditors financieros de terceros.
- Médicos y clínica de salud
- Otros: _____

Se pueden publicar los siguientes tipos de registros (tenga en cuenta las limitaciones solicitadas.)

- Historial médico y de salud
- Registros de terapia
- Registros dentales
- Registros de habla y lenguaje
- Cartilla de vacunación
- Planes de transición
- Registros sociales y de desarrollo
- Registros de evaluación psicológica
- Informes del personal, IFSP
- Otros: _____

Consentimiento de fotos y videos (por favor inicie a continuación para indicar su consentimiento):

___ Doy permiso para CNE EHS/HS, y/ o partes designadas por CNE EHS/HS para fotografiar o grabar en videos a mi o a mi hijo(a) y para utilizar tales fotografías para cualquier propósito, incluido el marketing, selección de reclutamiento, redes sociales (como Facebook, Instagram, Twitter y Pinterest) o uso editorial. Entiendo que no habrá compensación financiera por mi tiempo o gastos por este consentimiento para fotografiar, y libero a CNE EHS/HS de cualquier reclamo.

¿Hay momentos en los que compartiríamos información sobre usted sin su permiso?

- Si tenemos razones para creer que un niño(a) está siendo maltratado o descuidado, la ley nos exige informarlo al Departamento de Servicios para Niños y Familias. Si alguien está en peligro o se lastima a sí mismo o a otros, debemos llamar al 911.
- Se le notificara si se llama a DCFS. El informe DCFS se realiza para que las familias puedan recibir la asistencia que necesitan para ayudar a mantener su hijos sanos y seguros

Soy consciente de que pudo retirar esta autorización en cualquier momento. A menos que se retire, esta autorización entrara en vigencia por un año del programa a menos que revoque este consentimiento. Mi firma verifica mi autorización para intercambiar información. Y que he leído este formulario y / o me lo han explicado en mi idioma

nativo. Por la presente autorizo al CNE EHS/HS y a las agencias involucradas en los servicios que se brindaran a mi hijo(a) a mí mismo para que participen en una comunicación verbal o escrita continua, incluyendo electrónica. Soy consciente de que esta información se mantendrá estrictamente confidencial y se usara solo para coordinar el servicio que me beneficiara a mí, a mi hijo(a) y a mi familia.

Firma de los Padres o Tutor Legar

Fecha