



Lower Columbia College Head Start/EHS/ECEAP
Autorización de los Padres/Tutores para
Revelar u Obtener Información Confidencial

Por favor, complete esta forma con **TODA** la información.

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____ Número de teléfono: _____
 Ciudad/Estado: _____

Por la presente autorizo el intercambio de información entre el programa Head Start/EHS/ECEAP y las agencias o personas mencionadas a continuación de forma oral, por escrito o a través de medios electrónicos con el propósito de satisfacer requisitos de las normas de operación de operación y proporcionar atención continua.

Nombre de la persona/agencia: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Ciudad/Estado/C. Postal: _____ Fax/Email: _____

Marque todos los que correspondan:

- ☐ Información médica/de salud
- ☐ Dental
- ☐ Educacional/de IEP o IFSP
- ☐ Evaluaciones
- ☐ Salud mental (_____ iniciales)
- ☐ SIDA o VIH (_____ iniciales)
- ☐ Otro: _____
- ☐ Todos los mencionados

AUTORIZACIÓN DE PADRE

Comprendo que puedo cancelar esta autorización, por escrito y en cualquier momento, y no afectará mi inscripción. La información recibida con esta autorización no será compartida con ninguna otra persona, clínica o agencia sin una autorización adicional firmada por los padres. La información será compartida de acuerdo con las leyes estatales y federales, y las políticas y procedimientos de Head Start/EHS/ECEAP.

Autorizo específicamente la comunicación de esta información, con excepción de información protegida por leyes estatales o federales.

Nombre del padre (*imprimir por favor*): _____

Firma: _____ Fecha: _____
 (padre autorizado, tutor legal o representante autorizado)

Esta autorización tendrá una vigencia de 18 meses a partir de la fecha de su firma.

Lower Columbia College Head Start/EHS/
 ECEAP PO Box 3010
 Longview, WA 98632
 360-442-2800 FAX: 360-442-2819
 Email: headstart.info@lowercolumbia.edu