

Divulgación de información para los Exámenes de la Niñez Temprana

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Sólo para uso de la oficina - For office use only)

MARSS other ID: _____ Nombre(s) del Padre(s)/Tutor(res): _____

_____ (Esta organización) utiliza la información de la Salud Infantil y la Evaluación del Desarrollo para identificar cualquier posible problema que pueda interferir con la salud, crecimiento, desarrollo o aprendizaje de su hijo. Bajo la ley de Minnesota, los resultados del examen se clasifican como datos privados. Esto significa que los resultados no pueden ser divulgados o discutidos con nadie sin su consentimiento. Si usted se niega a divulgar esta información, no afectará la elegibilidad de su hijo para asistencia médica o cualquier otro programa de salud, educación o servicio social. Un resumen de información puede ser compartido sin consentimiento acerca de los grupos de niños que no incluyen información individual.

La información del examen de su hijo puede ser utilizada para los siguientes propósitos:

1. Para obtener servicios de seguimiento para su hijo después del examen, si decide participar.
2. Para programar una evaluación más comprensiva o una evaluación adicional de la salud, crecimiento, desarrollo o aprendizaje para su hijo si decide participar.
3. Para cumplir con los requisitos para la entrada de su hijo a la escuela pública o en los programas de Becas de Aprendizaje Temprano, Preparación para la Escuela o Pre-Kindergarten Voluntario.
4. Para evaluar los programas de Exámenes por parte de los Departamentos de Educación, Salud y Servicios Humanos de Minnesota. El nombre de su hijo no será identificado en ningún resultado de la evaluación.
5. Para desarrollar programas educativos apropiados con el fin de satisfacer las necesidades de los estudiantes y diseñar programas apropiados de educación de salud para el distrito.
6. Para planear programas para la niñez temprana y la entrada a la escuela.
7. Para proporcionar acceso y rendición de cuentas de los fondos del gobierno pagados al distrito escolar local, para proveer los servicios requeridos de los exámenes de la niñez temprana.

Su firma indica que ha leído, entendido y está de acuerdo en que la información se puede utilizar como se mencionó anteriormente.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo la divulgación de la información de los exámenes de mi hijo a los siguientes programas o servicios con los fines de evaluación, examen, diagnóstico, seguimiento y/o programación. (Favor de proveer nombres y direcciones donde estén disponibles).

Marque las personas/agencias las cuales usted desea que reciban información del examen de su hijo.

- Proveedor de guardería _____
- Dentista (Nombre) _____
- Educación Familiar de la Niñez Temprana (Early Childhood Family Education - ECFE) _____
- Educación Especial de la Niñez Temprana (Early Childhood Special Education) _____
- Programa Follow Along _____
- Head Start (Nombre) _____
- Proveedor de atención médica (clínica médica) _____
- Comité de Inter-Agencias de Intervención Temprana (Interagency Early Intervention Committee - IEIC) _____
- Agencia de Salud Mental _____
- Agencia de Salud Pública (WIC) _____
- Distrito Escolar (Nombre) _____
- Preparación escolar (School Readiness) _____
- Otros (programas específicos de la región) _____

_____ **Entiendo la información**

_____ **Autorizo la divulgación de información**

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Parentesco con el niño: _____