

PERMISO DE PADRES PARA COMPARTIR/INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Yo, _____ Padre
Madre de
Guardián _____
Nombre de Niño _____

_____ Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____

_____ Número de Teléfono _____

autorizo que el Reach Dane, 2096 Red Arrow Trail, Madison, WI 53711 y:

Agencia/Persona: _____

Dirección: _____ Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: _____

intercambien información escrita y oral sobre (marque los que pertenezcan):

- _____ Información médica y/o acerca de la salud
- _____ Historial Médico
- _____ Resultados de Exámenes/valorizaciones
- _____ Plan Individual de Educación (IEP) o Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP)
- _____ Informes de IEP / IFSP
- _____ Informes de Progreso/Recomendaciones para Programas
- _____ Planes de Tratamiento
- _____ Informes Apropriados de la Agencia
- _____ Algo más (especifique)

Yo entiendo que esta información será utilizada para ayudar al personal a planear y ejecutar un programa para mi niño/familia.

Yo entiendo que puedo revocar mi permiso cuando yo quiera. Este permiso servirá por un año desde la fecha de firma. Una copia de esta hoja funciona exactamente como la original.

Firma de Padres/Guardián

Fecha

Testigo: _____

Por favor, firme y devuelva dos copias y guarde una en su archivo.