

**CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA EL PROGRAMA DE COMIENZO TEMPRANO  
PARA PRUEBA/EVALUACIÓN, CEDER/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN, SOLICITUD DE SERVICIOS**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

*Con su firma de consentimiento, las agencias de la comunidad y las personas que las representan podrán compartir información entre ellos mismos. La evaluación para el Programa de Comienzo Temprano incluye: averiguar si su hijo/a es elegible para los servicios, hablar sobre que servicios están disponibles, comparar servicios para las necesidades de su hijo/a y de su familia.*

**Ustedes necesitan saber que:**

- Su hijo/a puede recibir una prueba de desarrollo.
- La información obtenida es voluntaria y será usada únicamente para evaluar a su hijo/a para determinar su elegibilidad y necesidad para servicios y suministro de un Plan Individual de Servicios Familiares.
- Ustedes pueden pedir copias de todos los documentos relacionados con su hijo/a.
- Este consentimiento de intercambio es válido por un año: ustedes pueden retirar su permiso en cualquier momento por medio de una nota por escrito a su coordinador/a de servicio.
- Una copia de este documento tiene el mismo valor que el original.
- Compartir la información ayuda a las agencias a coordinar los servicios para su niño/a. Ustedes pueden escoger cuales agencias podrían intercambiar la información.
- La información de su niño/a y de su familia es estrictamente confidencial y serán cedidos a las agencias y/o a las personas que ustedes elijan por escrito.
- Ustedes pueden negarse a firmar este documento de intercambio.
- Deben de ser informados del contenido de este documento en su propio idioma.
- La información que será intercambiada incluye su historial médico y de salud, del desarrollo, del habla y lenguaje, de educación, de audición, de visión, y/o psicológico.
- Una copia de sus derechos paternos que abarca información referente a los servicios que pueden ser ofrecidos a su hijo/a y/o a la familia como parte de los servicios del Comienzo Temprano, está incluida.

**Solicito la coordinación de los servicios de Comienzo Temprano y acepto al intercambio de información entre las agencias indicadas abajo y las personas que los representan.**

Centro Regional de los Tres Condados (TCRC)

Centro de Recurso Familiar

Agencia Educativa Local/Comprador

Doctor familiar, clinica (Favor de especificar)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Departamento de Salud del Condado (incluyendo Enfermería de Salud Pública y Servicios para Niños de California [CCS])

Hospital \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que puedo limitar la información que será intercambiada. Anote cualquier limitación:** \_\_\_\_\_

Reconozco haber recibido una copia de mis Derechos y Responsabilidades con respecto a evaluación y asesoramiento en el Programa de Intervención Temprana bajo IDEA.

\_\_\_\_\_

Padres/tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Padres/tutor

\_\_\_\_\_

Fecha