

Autorización para Dar o Recibir Información ____ Autorización para Dar Información ____

Yo, _____, doy consentimiento por escrito a Red de Soporte o Apoyo de
(Por Favor Escriba Su Nombre Claramente)

Rhode Island (PSN) para dar y/o recibir la siguiente información:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre, dirección y número de teléfono | <input type="checkbox"/> Nombre, edad, y necesidad especial de mi niño(a) |
| <input type="checkbox"/> Servicios que mi niño(a) está recibiendo | <input type="checkbox"/> Preocupaciones/problemas con mi niño(a) y/o proveedores de servicios |
| <input type="checkbox"/> Cualquier información en su juicio, que es requerida para ayudarme a recibir ayuda para mi niño(a) | <input type="checkbox"/> Otra información: |

Nombre del niño/Joven _____

de/para la siguiente persona/agencia:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela: _____ | <input type="checkbox"/> Distrito: _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Educación del Estado | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Estado (Intervención Temprana) |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos del Estado | <input type="checkbox"/> Departamento de Niños, Jóvenes y Familias |
| <input type="checkbox"/> FCCP: _____ | <input type="checkbox"/> CEDARR: _____ |
| <input type="checkbox"/> Juvenile Justice: _____ | <input type="checkbox"/> Escuela de Entrenamiento de Rhode Island |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Salud Mental: _____ | <input type="checkbox"/> Networks: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

Esta información puede ser dada: _____ verbalmente _____ por escrito.

Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha en que se firma.

Escriba su nombre en letra de molde

Fecha de Hoy

Dirección

Ciudad

Estado

Código de Area

Número de teléfono

Dirección Electrónica (si es relevante)

Número de fax (si es relevante)

Firma del Padre

Firma del Empleado de PSN

Por favor, observe o note que cualquier registro, documento o información que PNS recibe de Usted no será dada a ninguna agencia individual sin su consentimiento escrito en esta forma o en una carta de Usted a nuestra agencia.

En seguimiento de las Regulaciones de la Administración General del Departamento de Educación (EDGAR), nosotros estamos sujetos a los requisitos de confidencialidad del Acto Privado de los Derechos Educativos de Familia (FERPA). Nosotros no somos una institución médica sujeta a los requisitos de HIPPA, pero nosotros mantenemos estricta confidencialidad con los registros, documentos e información de nuestras familias y sus niños.