



**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ
-----------------	---------------------	--------------------------

**INSTRUCCIONES**

Se requiere el consentimiento de los padres antes de que un Punto de entrada al sistema (SPOE) pueda solicitar o compartir información de identificación del personal al niño o la familia con cualquier persona fuera del programa First Steps.

El Coordinador de servicios tiene que explicar cada sección de este formulario al padre/madre para que el padre/madre pueda decidir la información específica que a va a solicitar o compartir con la persona/agencia mencionada abajo. El Coordinador de servicios marca las casillas correspondientes basándose en la decisión de los padres.

El padre/madre tiene que firmar y fechar el formulario y devolverlo al Coordinador de servicios antes de que se pueda solicitar o compartir la información sobre el niño o la familia. La información de contacto del Coordinador de servicios se incluye abajo.

**PROPÓSITO**

El SPOE de First Steps \_\_\_\_\_ puede comunicarse con la siguiente persona/agencia:

NOMBRE DE LA PERSONA/AGENCIA	DIRECCIÓN/NÚMERO DE TELÉFONO
------------------------------	------------------------------

La información sobre mi hijo y mi familia se puede: (marque una)

- Compartir entre el SPOE de First Steps y la persona/agencia externa
- Solicitar de la persona/agencia externa
- Divulgar del SPOE de First Steps a la persona/agencia externa

El propósito de esta comunicación es ayudar en:

- La determinación de elegibilidad para First Steps
- El desarrollo de un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP)
- Los servicios y el progreso del niño
- La transición a Educación especial en la niñez temprana (ECSE)
- Otro: \_\_\_\_\_

**TIPO DE INFORMACIÓN**

El tipo de información que se solicitará o compartirá:

- El expediente completo de intervención temprana del niño

O indique los expedientes específicos abajo:

- Los expedientes médicos y de salud. Especifique: \_\_\_\_\_
- IFSP
- Los informes de evaluación y valoración. Especifique: \_\_\_\_\_
- Las notas de progreso del proveedor
- La documentación de elegibilidad de ECSE
- La información del directorio si no se conoce la elegibilidad de First Steps
- Fecha en que fue referido a First Steps \_\_\_\_\_ ¿es 90 días antes de cumplir tres años? Sí  No
- Otro: \_\_\_\_\_

En los programas y actividades del Departamento de Educación Primaria y Secundaria no se discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Las preguntas sobre los programas del Departamento y la ubicación de los servicios, actividades e instalaciones accesibles para personas con alguna discapacidad pueden dirigirse a Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6<sup>th</sup> Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; número de teléfono 573-526-4757 o TTY 800-735-2966; correo electrónico [civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov).

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO
<b>CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO</b>	
<p>Entiendo que, al firmar este formulario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se comparta o reciba.</li> <li>La información recibida de una persona/agencia forma parte del expediente de intervención temprana del niño.</li> <li>Cualquier expediente enviado a First Steps estará sujeto a que First Steps lo comparta como lo permite la Ley de derechos educativos y privacidad de la familia (FERPA, por sus siglas en inglés).</li> <li>Si yo no doy mi consentimiento para solicitar información médica, el SPOE de First Steps determinará la elegibilidad y/o los servicios basándose en la información disponible.</li> <li>Si mi hijo es elegible para participar en el programa First Steps, continuaré inscrito y recibiré los servicios aun cuando no firme el permiso de divulgación.</li> <li>La información divulgada puede incluir información relacionada con pruebas genéticas, servicios de salud mental, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el tratamiento para consumo de drogas.</li> <li>Tengo derecho a retirar este permiso de divulgación en cualquier momento. Entiendo que si retiro este permiso de divulgación, debo hacerlo <b>por escrito</b> y presentar mi declaración escrita al Coordinador de servicios. Entiendo además que <b>no</b> se afectarán las medidas que ya se hayan tomado basadas en este permiso de divulgación antes de retirarlo.</li> </ul>	
La divulgación de información permanecerá en vigor hasta que mi hijo ya no reciba los servicios First Steps, a menos que yo especifique una fecha de vencimiento anterior.	FECHA DE VENCIMIENTO
<b>CONSENTIMIENTO</b>	
Entiendo que, al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento voluntario a solicitar o compartir la información que se especifica en este formulario.	
FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA DE LA FIRMA DEL PADRE/MADRE
NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/MADRE	
<b>COORDINADOR DE SERVICIOS</b>	
NOMBRE DEL COORDINADOR DE SERVICIOS	NÚMERO DE TELÉFONO DEL COORDINADOR DE SERVICIOS
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA	NÚMERO DE FAX DE LA AGENCIA
<b>PARA USO EXCLUSIVO DE SPOE</b>	
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA	FECHA EN QUE LO RECIBIÓ LA AGENCIA