



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), 6th 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.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO
CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO	
<p>Entiendo que, al firmar este formulario:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se comparta o reciba. La información recibida de una persona/agencia forma parte del expediente de intervención temprana del niño. 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). 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. 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. 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. Tengo derecho a retirar este permiso de divulgación en cualquier momento. Entiendo que si retiro este permiso de divulgación, debo hacerlo por escrito y presentar mi declaración escrita al Coordinador de servicios. Entiendo además que no se afectarán las medidas que ya se hayan tomado basadas en este permiso de divulgación antes de retirarlo. 	
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
CONSENTIMIENTO	
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	
COORDINADOR DE SERVICIOS	
NOMBRE DEL COORDINADOR DE SERVICIOS	NÚMERO DE TELÉFONO DEL COORDINADOR DE SERVICIOS
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA	NÚMERO DE FAX DE LA AGENCIA
PARA USO EXCLUSIVO DE SPOE	
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA	FECHA EN QUE LO RECIBIÓ LA AGENCIA