

Agencia que da inicio		Persona de contacto
Dirección de la agencia		Teléfono
Nombre completo del menor		
No. de Seguro Social del menor		Fecha de nacimiento

Doy mi consentimiento, como padre/tutor del menor, a que las agencias identificadas a continuación divulguen la información que he indicado con mis iniciales:

Iniciales	Tipo de información
	Información de salud, especifique:
	Informes de diagnóstico/terapéuticos, especifique:
	Registros educacionales, especifique:
	Registros de Intervención Temprana, especifique:
	Otra información, especifique:

A continuación aparece una lista de agencias que prestan servicios a menores con necesidades especiales y a sus familias. El propósito de este intercambio de información es ayudar a coordinar los servicios, proveer programas apropiados, y asegurar que mi hijo y mi familia obtengan servicios tan rápido como sea posible. Coloco mis iniciales junto a las agencias que deseo que divulguen la información que se identificó anteriormente.

Iniciales	Agencia/programa
	Distrito escolar, especifique:
	Hospital, especifique:
	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
	Doctor/clínica, especifique
	Otro, especifique

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento;
- Se puede revocar el consentimiento a la divulgación de información con el envío de una petición firmada a mi coordinador de servicios en la Red de Desarrollo Temprano al: \_\_\_\_\_
- Tengo el derecho a inspeccionar y reproducir la información que se vaya a divulgar;
- Firmar esta autorización no será una condición del tratamiento, el registro o la elegibilidad para los beneficios que provea el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska;
- Si no consiento a divulgar la información, es posible que las agencias no puedan determinar cuáles son los mejores servicios disponibles para mi hijo y mi familia; y
- Si la entidad que recibe la información no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de salud, la información usada o divulgada en conformidad con esta autorización podría ser divulgada otra vez por la entidad y/o dejar de estar protegida.

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo la información en este formulario.

Firma del padre/tutor	Relación con el Menor	Fecha
Dirección física	Ciudad/Estado/Código Postal	Teléfono

A menos que se indique lo contrario, esta autorización es válida por un año desde \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.