

Permiso para dar y recibir información

Yo, _____.

Padre o guardián (favor de usar letra de molde).

doy al Concilio de Oregon sobre Discapacidades del Desarrollo El Programa Inclusivo de Cuidado de niños y su delegado, Southern Oregon ESD Child Care Resource Network, mi consentimiento para obtener o dar a las agencias apropiadas y/o individuos, la información pertinente sobre el niño que esta anotado a continuación, para quien soy legalmente responsable:

_____ / _____
Nombre del niño (favor de usar letra de molde). Fecha de nacimiento del niño.

Se puede obtener y compartir información de las siguientes organizaciones y/o personas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Doy permiso para compartir la información y registros específicos al seguir:

Aquello que se relaciona con las necesidades del cuidado de niños, incluyendo los antecedentes del niño, información de la clase, las observaciones de los niños/clase, y/o información sobre el desarrollo.

Al dar mi permiso tengo entendido que dicha información será confidencial y sólo podrá ser utilizada con los fines de asegurar un cuidado infantil apropiado para el niño anteriormente nombrado.

Esta autorización se vencerá un año después de la fecha en que sea firmado. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento.

_____ / _____
Firma del padre o guardián Fecha

_____ / _____
Información de contacto del padre o guardián - número de teléfono y correo electrónico

Para obtener información adicional sobre el propósito de este comunicado, comuníquese con Molly Clement, CCRN/Línea de Apoyo, (Warm Line), Especialista de Inclusión: Office 541-776- 8590 EXT 1125 Cell 541-324-7720 / molly_clement@soesd.k12.or.us.

_____ / _____
Molly Clement, CCRN IP/Línea de Apoyo Especialista de Inclusión Fecha