

Consent to Release or Exchange Information

Consentimiento Para Dar o Intercambiar Información



Legal Last, First Middle Name: <i>Apellido, Primer Segundo Nombre Legal</i>		Birthdate/ <i>Fecha de Nacimiento</i>
Parent(s)/guardian authorize an exchange of information between: <i>Padre/madre/guardián-custodio autoriza el intercambio de información entre:</i>		
Seedlings site: _____ Address	And/ y	Agency/business: _____ Address: _____
Phone #: _____ Fax #: _____		
Information requested by: <i>Información solicitada por:</i> PLEASE PRINT _____ (Name of Staff / Nombre del personal de Seedlings) _____ (Title/Título)		

I request that the following information be released/shared Pido que se entregue o se comparta la siguiente información:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Income Verification/ <i>Verificación de ingresos</i>
<input type="checkbox"/> Birth Certificate/ <i>Certificado de nacimiento</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Developmental Screening/ <i>Examen preliminar de desarrollo</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Special Education Records/ <i>Archivos de educación especial</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Educational Evaluations/ <i>Evaluaciones educacionales</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Psychiatric Evaluations/ <i>Evaluaciones psiquiátricas</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Psychological Evaluations/ <i>Evaluaciones psicológicas</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Social/Emotional Evaluations/ <i>Evaluaciones sociales/emocionales</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Speech and Language Evaluation/ <i>Evaluación de habla y lenguaje</i>
<input type="checkbox"/> Anemia Screening Hemoglobin or Hematocrit/ <i>Anemia</i>
<input type="checkbox"/> Discharge Summary / <i>Resume de despido</i>
<input type="checkbox"/> ASQ and/or ASQ:SE
<input checked="" type="checkbox"/> Other (specify)/ <i>Otro (especifique por favor)</i> | <input type="checkbox"/> Dental Examinations/ <i>Examen dental</i>
<input type="checkbox"/> Immunization Records/ <i>Archivos de inmunizaciones</i>
<input type="checkbox"/> Health History/ <i>Historia de salud</i>
<input type="checkbox"/> Vision/Hearing Evaluations/ <i>Evaluaciones de visión/oído</i>
<input type="checkbox"/> Heights and Weights/ <i>Peso/Estatura</i>
<input type="checkbox"/> Well-child or physical exams / <i>Exámenes de niño sano o exámenes físicos</i>
<input type="checkbox"/> Most recent Medical Report and Progress Notes/ <i>Reportes médicos y notas del cuidado</i>
<input type="checkbox"/> Child/Family Observations/ <i>Observaciones del niño/familia</i>
<input type="checkbox"/> Occupational/Physical Therapy Evaluations/ <i>Evaluación de terapia ocupacional/físico</i>
<input type="checkbox"/> Blood Lead Test/ <i>Prueba de plomo en la sangre</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Treatment Progress Notes/ <i>Notas del progreso del tratamiento</i>
<input checked="" type="checkbox"/> On-going Conversations/ Emails/ <i>Conversaciones en marcha/ Correos Electrónicos</i> |
|--|---|

Reason For Request / Motivo De La Solicitud:

- *Mutual Exchange of Information to Develop a Plan of Services / *Intercambio mutuo de información para desarrollar un programa de servicios.*
- *Identification of Needed Preventive & Corrective Care / *Identificar la atención preventiva y correctiva necesaria.*
- *Coordination of Services/ *Coordinación de servicios* *Registration requirements / *Inscripción requisitos* *Program Requirement / *Requisitos del Programa*

In granting permission, I understand that the information will remain confidential under the provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA) and will be used for the benefit of the child named above in the Seedlings programs. This authorization prohibits further use or disclosure of the information being released beyond the specific limits of this consent. I understand that information used or disclosed in keeping with this authorization may no longer be protected by Federal Law. I understand that I may cancel this release at any time, except to the extent that the exchange has already taken place. To revoke this authorization I must submit a written request to Seedlings. Unless cancelled earlier, this release **will expire in one year from the signature date.**

Al dar autorización, entiendo que la información se permanecerá confidencial bajo las disposiciones de la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y será utilizada para beneficio del niño nombrado arriba dentro los programas de Ss. Esta autorización prohíbe uso adicional o intercambio de la información fuera del límite de este consentimiento. Entiendo que la información usada o divulgada en manteniendo en conformidad con esta autorización pueda que a lo largo ya no sea con protección de la ley federal. Entiendo que puedo cancelar este consentimiento a cualquier tiempo, excepto hasta en tanto que el intercambio ya se ha realizado. Para revocar esta autorización tengo que entregar un pedido escrito a Seedlings. Al menos que se haya sido revocado antes, este consentimiento es válido por un año desde la fecha de la firma.

Print Name of Parent/Guardiant / Nombre y apellido del padre o guardián-custodio con letra de molde:

Parent/Guardian Signature / Firma del padre / Guardián-Custodio:	Date/Fecha:
---	--------------------