

**PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA, CIUDAD DE NUEVA YORK
CONSENTIMIENTO PARA DAR A CONOCER/OBTENER INFORMACION**

Nombre del Niño(a): _____ EI#: _____ DOB: ___/___/___
Dirección: _____ # de Apt: _____
Ciudad/Pueblo: _____ Estado: New York Código Postal: _____

Yo, (Nombre Completo del Padre/Encargado) _____, busco servicios para mi hijo(a) del Programa de Intervención Temprana de la ciudad de Nueva York. Entiendo que los proveedores (incluyendo los evaluadores, proveedores de los servicios y coordinadores de servicio) que le ofrecen servicios de Intervención Temprana mi hijo(a) pueden necesitar intercambiar información para desarrollar y llevar a cabo el Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP).

(Marque una)

Yo autorizo a que la siguiente información sea conocida Yo autorizo a que la siguiente información sea obtenida

Información específica para dar a conocer/obtenida:

Formulario Medico-El Evaluación Multidisciplinaria Evaluación(es) Suplementaria(s) Especifique: _____
_____ Plan de Servicios Individualizado para La Familia Notas de Progreso del Proveedor
 Notas de Sesión Otro: _____

Yo autorizo para que la información sea (marque/complete cualquiera A, B, o C):

A. Dar a conocer a todos los Proveedores de El proveyendo evaluación, coordinación de servicio, o servicios a mi hijo(a) y familia

B. Dar a conocer al Individuo/Agencia abajo:

_____	_____
(Nombre/Organización)	(Dirección Calle, Municipio/Ciudad, Código Postal)
(_____) _____	(_____) _____
(Número de Teléfono)	(Número de Fax)

C. Obtener del Individuo/Agencia abajo:

_____	_____
(Nombre/Organización)	(Dirección Calle, Municipio/Ciudad, Código Postal)
(_____) _____	(_____) _____
(Número de Teléfono)	(Número de Fax)

La información será enviada a:

_____	_____
(Nombre/Organización)	(Dirección Calle, Municipio/Ciudad, Código Postal)
(_____) _____	(_____) _____
(Número de Teléfono)	(Número de Fax)

D. El propósito de solicitar la información es: (marque todo lo que aplique)

- Establecer la elegibilidad para Intervención Temprana
- Desarrollar el Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP)
- Comenzar, coordinar y monitorear los servicios de Intervención Temprana
- Informar al doctor de mi hijo(a) sobre los servicios de mi hijo(a)
- Otro: _____

Yo entiendo que esta autorización puede ser retirada en cualquier momento por medio de una notificación escrita a mi Coordinador(a) de Servicio.

Este consentimiento acaba en la fecha de mi próxima cita de IFSP (o, si antes, especifique la fecha ___/___/___).

Firma: _____ Fecha: ___/___/___

Relación con el(la) niño(a): _____

NOTA: Una copia reproducida de este formulario firmado esta supuesta a tener la misma fuerza y efecto que el original. Un nuevo formulario de consentimiento debe ser firmado en la reunión inicial del IFSP y en cada revisión anual. Una forma de consentimiento en blanco nunca debe der firmado por el padre.