

## Snohomish County Early Childhood Education and Assistance Program Authorization to Release Confidential Information

Nombre del Niño (Primer, Segundo, Apellido)	Fecha de Nacimiento
---	---------------------

Por favor escriba cualquier identificacion(es) para poder localizar sus records por ejemplo. Identificacion medica/Record No. (Cupon Medico)

Al firmar aqui abajo, Yo me doy por entendio que

- This authorization may be revoked in writing at any time except to the extent action has been taken prior to revocation.
- Esta autorizacion caduca 90 dias despues de la fecha de mi firma abajo, o antes, en ese caso esta autorizacion caducara en esta fecha o evento \_\_\_\_\_ . (Por favor sus iniciales \_\_\_\_\_)
- Yo puedo revisar o recibir una copia de la informacion que se les esta dando a traves de esta peticion.
- Cualquier records recibido sera tratado confidencialmente por ECEAP.
- The information used or disclosed may be released by the recipient and no longer protected by the Federal Privacy Rule.
- Esta autorizacion es voluntaria y puedo reusarme a firmarla lo cual no afectara que hijo(a) pueda seguir participando en ECEAP.

<p><b>INFORMATION TO BE RELEASED FROM:</b></p> <p>Yo autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s)/organizacion(es) Para que den el tipo de informacion descrita aqui abajo</p> <p>Persona(s) _____  y/o Organizacion(es) _____  Direccion _____  Ciudad, Estado, Codigo _____  Telefono. _____</p>	<p><b>INFORMATION TO BE RELEASED TO:</b></p> <p>Yo autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s)/organizacion(es) para que reciban la informacion pedida en esta autorizacion de una manera verbal y con mis iniciales escritas abajo. (Use N/A, si no se va a usar)</p> <p>_____ Por correo _____ Por Fax No. _____</p> <p>Person(as) _____  y/o Organizacion(es) _____  Direccion _____  Ciudad, Estado, Codigo _____  Telefono. _____</p>
--	---

If this release of information is to another ECEAP site and requires a fee, please contact the specific ECEAP site to arrange payment.

<p><b>RAZONES PARA DAR LA INFORMACION:</b></p> <p>De acuerdo (Ponga sus iniciales si esta de acuerdo o si no escriba N/A)</p> <p>_____ A peticion de los padres/guardines legales por razones de la salud , o de seguridad y razones educacionales de su hijo(a) mientras esta registrado en la escuela ECEAP.</p> <p>_____ A peticion del personal de ECEAP para la observacion de un niño(a) y/o la consulta con un especialista para poder hacer un plan para el niño(a) mientras esta registrado en ECEAP</p> <p>_____ Otra (Por favor especifique) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>TIPO DE INFORMACION</b></p> <p>(Por favor seleccione <b>todos</b> los que aplican poniendo sus iniciales para estar de acuerdo o N/A cuando no aplica)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">De acuerdo</td> <td style="width: 20%;">Fecha del Servicio</td> </tr> <tr> <td>_____ Examen Fisico</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ Vacunas _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ Examen Dental/tratamiento</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ Plan de Salud del niño(a)</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ Informacion de Educacion</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ Informacion de Servicios: Educacion Especial</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ Informacion de Servicio de Salud Mental</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ Otro _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____ Otro _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	De acuerdo	Fecha del Servicio	_____ Examen Fisico	_____	_____ Vacunas _____	_____	_____ Examen Dental/tratamiento	_____	_____ Plan de Salud del niño(a)	_____	_____ Informacion de Educacion	_____	_____ Informacion de Servicios: Educacion Especial	_____	_____ Informacion de Servicio de Salud Mental	_____	_____ Otro _____	_____	_____ Otro _____	_____
De acuerdo	Fecha del Servicio																				
_____ Examen Fisico	_____																				
_____ Vacunas _____	_____																				
_____ Examen Dental/tratamiento	_____																				
_____ Plan de Salud del niño(a)	_____																				
_____ Informacion de Educacion	_____																				
_____ Informacion de Servicios: Educacion Especial	_____																				
_____ Informacion de Servicio de Salud Mental	_____																				
_____ Otro _____	_____																				
_____ Otro _____	_____																				

**AUTORIZACION ESPECIFICA SOBRE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (Ise requieren sus iniciales)**

Yo entiendo que **Si** estos records contienen alguna informacion relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, (incluyendo HIV/AIDS), tratamiento por abuso de alcohol o drogas, servicios de salud mental o de comportamiento, (Por favor seleccione **todos** los que aplican poniendo sus iniciales para estar de acuerdo o escribiendo N/A cuando No Aplica)

\_\_\_\_\_ Doy permiso para dar la informacion de mis records si contienen cualquiera de la informacion protegida mencionada arriba.

\_\_\_\_\_ No doy permiso para dar la informacion protegida mencionada arriba.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para dar mis records si estos contienen informacion protegida relacionada solo con:

Por favor especifique: \_\_\_\_\_

**REDIVULGACION PROHIBIDA** de la informacion de salud protegida: Esta informacion ha sido divulgada al receptor mencionado arriba por razones confidenciales de los records los cuales son protegidos por leyes Federales y del Estado. Esto le prohíbe al receptor de seguir divulgando la informacion sin tener un consentimiento por escrito especifico de la persona a quien pertenece, o a quien la ley lo permita. Cualquier otra divulgacion no autorizada estara violando la ley del Estado y puede resultar con una multa o sentencia de carcel o las dos. Una autorizacion general de liberacion medica u otra informacion NO es suficiente para cualquier otra divulgacion.

Yo entiendo que toda esta planilla se ha completado y todas mis preguntas sobre est han sido contestadas.

Firma de Padre o Madre o Representante legal	Fecha	Telefono
Relacion con el niño(a)	Firma del testigo o del interprete si estaba disponible	