

AUTORIZACION PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Están autorizados para compartir información las instituciones y personal autorizado que se incluye a continuación:

- Personal y consultores de CNE EHS/HS Escuela
- Socios de CNE EHS/HS
- I-CARE/ (Departamento DE Salud pública de Illinois)
- Programa de asistencia para cuidado de niños
- Contacto de emergencia
- Child y Family Connections
- Auditores financieros externos
- Médicos y clínica de salud
- Otros: _____

Se pueden publicar los siguientes tipos de registros (tenga en cuenta las limitaciones solicitadas):

- Historial médico y de salud
- Registros de terapia
- Registros dentales
- Registros de habla y lenguaje
- Cartilla de vacunación
- Planes de transición
- Registros sociales y de desarrollo
- Registros de evaluación psicológica
- Informes del personal, IFSP
- Otros: _____

¿Hay momentos en los que compartiríamos información sobre usted sin su permiso?

- Si tenemos razones para creer que un niño(a) está siendo maltratado o descuidado, la ley nos exige informarlo al Departamento de Servicios para Niños y Familias. Si alguien está en peligro o se lastima a sí mismo o a otros, debemos llamar al 911.
- Se le notificara si se llama a DCFS. El informe DCFS se realiza para que las familias puedan recibir la asistencia que necesitan para ayudar a mantener su hijos sanos y seguros
- Se compartirá la información de la familia con ciertas agencias estatales o federales, que de acuerdo a los lineamientos de Head Start, trabajen por el mejoramiento del desempeño en el aprendizaje de los niños

Autorización de fotografía:

Al participar en actividades organizadas por CNE doy autorización y consentimiento a CNE, EHS/HS, y otras instituciones designadas por CNE para hacer, reproducir, transmitir y retransmitir grabaciones, corto metraje, grabaciones de audio y reproducciones de fotografías de mi persona y/o de mi hijo y de nuestra experiencia en dichas actividades para publicación, presentación o venta en redes sociales o en promociones, mercadotecnia, material educativo o cualquier negocio lícito sin compensación. No se puede hacer mención de mi nombre como partidario o endosante de cualquier producto comercial o de servicios. Entiendo que no habrá compensación financiera por mi tiempo o costo por este consentimiento, y libero a CNE EHS/HS de cualquier reclamo. Estoy de acuerdo en que mi consentimiento y esta autorización son irrevocables. De esta manera libero a CNE y colaboradores de cualquier reclamo relacionado con el uso y reproducción de cualquier video, corto metraje, grabaciones de audio o fotografías de mi experiencia o la de mi hijo (a) en el programa.

Mi firma verifica mi autorización para intercambiar información, y que he leído este formulario y / o me lo han explicado en mi idioma nativo. Por la presente autorizo al CNE EHS/HS y a las agencias involucradas en los servicios que se brindan a mi hijo(a) a mí mismo para que participen en una comunicación verbal o escrita continua, incluyendo electrónica. Soy consciente de que esta información se mantendrá estrictamente confidencial y se usara solo para coordinar el servicio que me beneficiara a mí, a mi hijo(a) y a mi familia. Entiendo que este comunicado sigue siendo válido durante la duración de la inscripción de mi o mi hijo(a)

Yo soy la Madre/Padre/Tutor de (_____).

De esta manera doy AUTORIZACIÓN de lo que precede en nombre de mi o mi hijo (a) que es menor de edad.

De esta manera NO DOY AUTORIZACIÓN de lo que precede en nombre de mi o mi hijo (a) que es menor de edad.

Madre/Padre/Tutor Nombre : _____

Firma de la Madre/Padre/Tutor: _____ Fecha : _____