



Formulario de Confirmación y Consentimiento

Yo, _____, como el padre, tutor o representante legal de _____, he sido informado y entiendo que FIRST 5 Santa Clara County podría compartir información confidencial acerca de mi hijo(a) y familia con otras personas o agencias que trabajan con FIRST 5 para planear y proveer servicios para mi hijo(a) y familia.

Las agencias colaboradoras trabajando con FIRST 5 para planear y proveer servicios a mi hijo(a) y familia podrían incluir pero no estar limitadas a: proveedores médicos, el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Salud Pública, la Agencia de Servicios Sociales, Programas Preescolares y Head Start, Distritos Escolares, el Centro Regional, los proveedores de la enseñanza temprana y otros proveedores de servicios para la niñez temprana.

Cada agencia únicamente dará a conocer o intercambiara cualquier información o archivos a otras agencias colaboradoras cuando se necesite la información para brindar servicios o para propósitos de evaluación acerca de mi hijo(a) y familia como explica más abajo.

Se requiere por separado un formulario de autorización de un proveedor de salud para dar a conocer cualquier información de atención médica. Entiendo que se me podría pedir que firme otro(s) formulario(s) para dar a conocer a FIRST 5 y las agencias colaboradoras información de atención médica referente a mi y/o a mi hijo(a).

Entiendo que por ley FIRST 5 debe de llevar a cabo evaluaciones de los servicios que ellos le brindan a mi familia. Esto requiere la recopilación y análisis de información y datos que podrían incluir información confidencial acerca de mi familia. Además, entiendo que esta información ayudara a mejorar los servicios a familias como la mía y que ninguna información confidencial será incluida en ningún informe público.

FIRST 5 requiere mi permiso para reunir y analizar información confidencial para fines de evaluación. Dicha información podría ser compartida con los afiliados de FIRST 5 y proveedores de servicios para la niñez temprana. Cada agencia entiende que debe de mantener la confidencialidad de dicha información y únicamente puede dar a conocer dicha información como lo requiere la ley o tal como lo autoriza un consentimiento por escrito para dar a conocer a la información. No existe ningún riesgo conocido para mí o mi familia por compartir esta información.

Le doy permiso a FIRST 5 y sus evaluadores y sus asociados a reunir y analizar información confidencial de mi familia para evaluar el programa.

Entiendo que si no elijó firmar este Formulario de Confirmación y Consentimiento, mi familia de todos modos recibirá servicios de FIRST 5, y por el propósito mi nombre y domicilio serán puestos en el sistema de FIRST 5 para estar disponibles al administrador del sistema.

También entiendo que yo puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento. Puedo hacer esto al escribirle a Cathy Andrade, Directora del Programa Comunitario, FIRST 5 Santa Clara County, 4000 Moorpark Avenue, Suite 200, San José, CA 95117. Si doy el permiso para cancelar este consentimiento, no afectara ninguna información que ya ha sido coleccionado.

Mi consentimiento permanecerá efectivo por 10 años apartar de la fecha de este formulario.



Formulario de Confirmación y Consentimiento
(a continuación)

He leído este formulario, o se me ha explicado por completo, y entiendo las disposiciones.

Padre(s), Tutor Legal o Representante Legal:

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Firma

Firma

Parentesco con el (la) niño(a)

Parentesco con el (la) niño(a)

Nombre del niño(a) o de los niños

Fecha

Nombre de la agencia que recibirá el consentimiento para dar a conocer la información

Nombre de la persona que recibirá la firma del padre/madre