



## CONFIRMACIÓN DE LECTURA Y CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, como el padre o madre, tutor o persona legalmente  
Nombre(s)

autorizada representante de \_\_\_\_\_  
Nombre/s del menor

he sido informado/a y comprendo que FIRST 5 Santa Clara County puede compartir información confidencial sobre mi familia con otras personas o agencias que trabajan con FIRST 5 para planear y proveer servicios a mi familia.

Las agencias que participan trabajando con FIRST 5 para planear y proveer servicios pueden incluir, pero no se limitan a: proveedores de servicios médicos, el Departamento de salud mental, el Departamento de salud pública, la Agencia de servicios sociales, programas de preescolar y Head Start, el Centro regional, proveedores de educación temprana y otros proveedores de servicios a la infancia temprana.

Cada agencia divulgará o intercambiará información confidencial o registros a otras agencias participantes únicamente cuando la información pueda ser relevante para los servicios a proveer o para propósitos de evaluación como se explica más abajo.

Se requiere un formulario de autorización por separado para la divulgación de información médica por parte de un proveedor de atención médica. Entiendo que se me puede solicitar firmar otros formularios para la divulgación de información médica.

Entiendo que se requiere a FIRST 5 que realice evaluaciones de los servicios que proporciona a mi familia. Esto requiere la recolección y análisis de información y datos que pudieran incluir información confidencial sobre mi familia. Entiendo que esta información ayudará a mejorar los servicios para familias como la mía y que no se incluirá información confidencial en ningún informe público.

**FIRST 5 requiere mi permiso para recolectar y analizar información confidencial con propósitos de evaluación.** Esta información se puede compartir con los evaluadores y colaboradores de FIRST 5 y con los proveedores de servicios de infancia temprana. Cada agencia entiende que debe mantener la confidencialidad de esa información y puede divulgarla únicamente en conformidad con la ley o con una autorización a través de un consentimiento por escrito. Hay riesgos mínimos para mi familia derivados de la divulgación de esta información.

**Doy mi permiso** a FIRST 5 y a sus evaluadores y colaboradores para recolectar y analizar la información personal de mi familia para propósitos de evaluación del programa.

Entiendo que aunque elija no firmar esta Confirmación de lectura y Consentimiento, mi familia recibirá los servicios y para ese propósito mi nombre y dirección serán ingresados en la base de datos de FIRST 5 y estarán disponibles para el administrador de la base de datos.

También entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento, mandando una solicitud por escrito a Research and Evaluation Department, FIRST 5 Santa Clara County, 4000 Moorpark Avenue, Suite 200, San Jose, CA 95117. La cancelación de mi permiso no afectará ninguna información que ya haya sido recolectada.

Este consentimiento estará vigente por 10 años.



## CONFIRMACIÓN DE LECTURA Y CONSENTIMIENTO (continuación)

He leído este formulario, o se me ha explicado en su totalidad, y comprendo las disposiciones.

Padre/s, Tutor o Representante legal:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el menor(es)

\_\_\_\_\_  
Relación con el menor(es)

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) del(los) menor(es)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la agencia que obtiene la firma del padre y conserva el formulario original

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que obtiene la firma del padre