



## CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

### CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACION CONFIDENCIAL

**Student / Estudiante:** \_\_\_\_\_ **DOB / Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

We are asking that you authorize the persons or agencies named below to release/request specified records containing confidential information regarding the above-named student. *Nosotros estamos pidiendo que usted autorice a las personas o agencias nombradas abajo para proporcionar/solicitar archivos especificos conteniendo información confidencial con respecto al estudiante nombrado arriba.*

<u>Release Information TO: / Proporcionar Información A:</u>	<u>Request Information FROM: / Solicitar Información DE:</u>
<b>Region 7 ESC Early/Head Start</b> <i>Head Start/temprano Región 7 ESC</i>	<b>✓ Place a check beside the appropriate box</b> <b>✓ Por favor marque al lado del cuadro apropiado</b>
<b>Family Service Worker / Trabajadora Social de las Familias and/or/y/o</b> <b>Region 7 Head Start Staff/Personal de Region 7 Head Start</b>	<input type="checkbox"/> <b>Physician/Clinic / Médico/Clínica</b>
<b>Mailing Address / Dirección de Correo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentist/Clinic / Dentista/Clínica</b>
<b>City/State/Zip Code / Ciudad/Estado/Código Postal</b>	<input type="checkbox"/> <b>ISD/Child Care Center / ISD/Centro de Cuidado Infantil</b>
<b>Phone/Fax / Teléfono/Fax</b>	<input type="checkbox"/> <b>WIC</b>
<b>RECORDS TO BE RELEASED/REQUESTED</b> <b><u>ARCHIVOS PARA SER PROPORCIONADOS/ SOLICITADOS</u></b>	<input type="checkbox"/> <b>ECI</b>
<input type="checkbox"/> <b>Medical, most recent THSteps physical / Médico, examen físico más reciente</b> <input type="checkbox"/> <b>Medical follow-up/treatment / Seguimiento y tratamiento médico</b> <input type="checkbox"/> <b>Hgb/Hct/Lead lab results per THSteps requirements / Resultados de laboratorio de Hgb/Hct/Plomo requeridos por Pasos Sanos de Tejas</b> <input type="checkbox"/> <b>Dental, most recent exam / Dental, examen más reciente</b> <input type="checkbox"/> <b>Dental follow-up/treatment / Seguimiento y tratamiento dental</b> <input type="checkbox"/> <b>Social Services / Servicios Sociales</b> <input type="checkbox"/> <b>Other (specify) / Otro (especifique) _____</b>	<input type="checkbox"/> <b>Texas Department of State Health Services</b> <i>Departamento Estatal de Servicios de Salud de Tejas</i>  <input type="checkbox"/> <b>Other Agency / Otra Agencia</b>  <input type="checkbox"/> <b>Other Agency / Otra Agencia</b>

**For more Information please call: / Para más información por favor llame a:**

\_\_\_\_\_ **at / al** \_\_\_\_\_  
**Family Service Worker/Advocate / Trabajadora Social de las Familias** **Phone Number / Número de Teléfono**

I have been fully informed and understand Early/Head Start's request for my consent, as described above. This information will be released/requested upon receipt of my written consent. I also understand that my consent is voluntary and may be revoked at any time. *Yo he sido completamente informado y entiendo la petición de Head Start/Temprano de mi consentimiento, como se describe arriba. Esta información será proporcionada/solicitada al recibir mi consentimiento escrito. Yo también entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.*

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian / Firma del Padre/Tutor** **Date / Fecha**