Community Action
Helping people. Changing lives.

RELEASE OF INFORMATION / *PERMISO PARA DAR INFORMACIÓN*

CHILD'S NAME / *NOMBRE DEL NIÑO* **DATE OF BIRTH /** *FECHA DE NACIMIENTO* **CENTER/PROGRAM/***CENTRO/ PROGRAMA*

CA Head Start is authorized to contact: / *CA Head Start está autorizado para contactar a:*

Name/*Nombre:*

Agency/*Agencia:*

Address/ *Dirección:*

Phone/*Teléfono:*

Please **initial below** to authorize the sharing of information between Community Action and Agency listed. *Por favor **ponga sus iniciales** a continuación abajo para autorizar el entercambio de información entre Community Action y la Agencia mencionada.*

☐ **REFER to NWRESD** for further evaluation/
REFERIR a NWRESD para evaluación adicional

THE PURPOSE OF THIS CONTACT WILL BE: / *EL PROPÓSITO DE ESTE CONTACTO SERÁ:*

☐ **To exchange information verbally** (talk on the phone or in person)
Cambiar la información verbalmente (hablar por teléfono o en persona

☐ **To send copies of the information indicated below**/
Mandar copias de la información indicada abajo:

☐ **To receive copies of the information indicated below**/
Recibir copias de la información indicada abajo:

RECORDS TO BE EXCHANGED / *EXPEDIENTES QUE SERAN INTERCAMBIADOS*

☐ **MEDICAL RECORDS** (Immunizations, physical exam, hearing, vision, dental exams, etc.)
EXPEDIENTES MEDICOS (inmunización, exámenes físicos, de oídos, de la vista, dentales, etc.)

☐ **THERAPY/TREATMENT RECORDS** (Medical treatment, Physical/occupational therapy, etc)
TERAPIA / EXPEDIENTES DE TRATAMIENTOS (tratamiento médico, fisioterapia ocupacional, etc.)

☐ **DEVELOPMENT/EDUCATIONAL EVALUATIONS** for eligibility or program planning.
DESARROLLO/EVALUACIONES EDUCACIONALES (para elegir o planificación del programa)

☐ **PSYCHOLOGICAL EVALUATIONS**/ *EVALUACIONES PSICOLOGICAS*

☐ **SPEECH EVALUATIONS AND TREATMENT/PROGRESS RECORDS**
EVALUACIONES DEL HABLA Y EXPEDIENTES DE TRATAMIENTO Y PROGRESO

I recognize that the information disclosed may contain information that is protected by Federal and State Law, and I SPECIFICALLY CONSENT TO DISCLOSURE OF SUCH INFORMATION. Permission may be revoked at any time by written notice to Community Action Organization (CAO). Yo reconozco que esta información descubierta puede contener información que es protegida por leyes federales y del estado, y yo ESPECIFICO Y CONSIENTO LO DICHO DE TAL INFORMACIÓN. El permiso puede ser revocado a cualquier tiempo por medio de noticias escritas de Community Action Organizacion (CAO).

_____	_____	_____
Signature of Parent or Guardian ***Firma del Padre o Encargado***	**Date Signed** ***Fecha en que se firmó***	**Expiration Date** ***Fecha de Expiración***