

Divulgación de Información DE EBS a Otro Entidad

Nombre del niño: _____ Padre/Cuidador

Fecha de nacimiento: _____ Domicilio

Fecha de solicitud:

Por la presente autorizo a EBS Early Intervention a divulgar a la siguiente información (Por favor marque todas las que correspondan):

IFSP/IEP

Informe de evaluación

Revisión Anual

Historia médica/de desarrollo

Otros: (Especificar) _____

Toda la información divulgada tiene el propósito expresado de desarrollar e integrar un plan eficaz de tratamiento para el niño mencionado anteriormente. Entiendo que esta información es confidencial y sólo será vista por personas profesionales involucradas en el cuidado de mi hijo.

En cualquier momento puedo cancelar la autorización.

Firma de Padre/Cuidador

Fecha