



**PERMISO PARA  
 DIVULGAR INFORMACION-FISICO**

**SERVICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA DE HEAD START**

El programa de Head Start en sus leyes de Performance Standard 1.304.20 (a) (1) (ii), requiere que tengamos determinación por parte de persona calificada de que el niño esté al día en un plan de exámenes apropiados, que incluyen exámenes médicos, dentales, y de salud mental.

Cada niño matriculado en el programa de Head Start tiene que tener exámenes físicos regularmente incluyendo exámenes de dentista y exámenes sobre su bienestar mental. Familias que tengan seguro, incluyendo Medicaid y CHIPS, puedan hacer sus citas con doctores directamente. Necesitan proveer documentación de estos exámenes o dar permiso que los empleados de Head Start puedan obtener esta información de estos doctores.

- Haré arreglos para que mi niño tenga examen físico y mandaré esta los resultados dentro de 30 días.
- Mi niño ha tenido examen físico durante este año y doy permiso que el personal de Head Start pueda obtener esta información y doy permiso que se lo mande dentro de 30 días.
- Mi niño no ha tenido examen físico durante este año y quiero que participe en el examen físico de Head Start.

Como padre/guardián de: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, yo autorizo a

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Clínica

\_\_\_\_\_  
 Domicilio

\_\_\_\_\_  
 Telefona / Fax

que mande los resultados de este examen físico al personal de Head Start. El propósito de compartir esta información es para coordinar los servicios de salud de Head Start. Favor de incluir información que relate a exámenes físicos en el futuro y/o citas en el futuro.

El personal de Head Start me ha informado y entiendo el propósito de esta forma de permiso. Entiendo que mi permiso es voluntario y que puedo revocar mi permiso a cualquier tiempo. Este permiso es voluntario y lo puedo renunciar a cualquier tiempo por escrito.

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Personal de Head Start \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_