Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

Consentimiento Inicial Para Revelar Información Confidencial

Yo doy mi permiso a las siguientes agencias y personas para intercambiar la información / registros pertinentes sociales, médicos, dentales o de discapacidad relacionados a _____ de quien soy legalmente responsable.
(Nombre del Niño)

Nombre Programa Delegado / Centro: _____

Dirección:
(Incluya Ciudad,
Estado y Código
Postal)

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Personal Concesión IMHSP ☐ Sí ☐ No

Programa Illinois Migrant Even Start ☐ Sí ☐ No

Coordinador de Servicios de Transición IMHSP (TXC) - Mercedes, Texas ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Programa Texas WIC _____ ☐ Sí ☐ No
(Lugar)

Al otorgar tal permiso, yo entiendo que tal información permanecerá confidencial con todas las partes implicadas y que tal información será usada sólo para proveer al niño nombrado arriba, la mejor ayuda profesional disponible.

Yo exonero a las agencias mencionadas arriba y personas de cualquier responsabilidad legal al revelar o adquirir la información que he permitido firmando este formulario.

Este permiso es válido hasta el _____

_____ _____
(Firma del Padre / Madre o Tutor) (Fecha)