



### CONSENTIMIENTO DE PADRES / TUTOR PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo doy permiso al Programa Head Start - Trabajadores Migrantes y de Temporada para intercambiar información / registros pertinentes sociales, médicos, dentales o discapacidad relacionados a

\_\_\_\_\_ (Nombre del niño),

de quien soy legalmente responsable, **sólo** con las siguientes agencias.

**Nombre del Programa Delegado / Centro:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Número de Fax:** \_\_\_\_\_

Sí  NO

El personal Head Start - Trabajadores Migrantes y de Temporada del Departamento de Servicios Humanos de Illinois y el personal de la Oficina Head Start, la Administración para Niños y Familias

Sí  NO

Junta de Educación del Estado de Illinois Para Educación de Migrantes

Sí  NO

Concilio Para Migrantes de Texas (TMC) - Oficinas Centrales y Regionales de Texas y Centros Head Start Para Migrantes

Sí  NO

Programa WIC de Texas - \_\_\_\_\_  
(Lugar)

Al otorgar tal permiso, yo entiendo que dicha información permanecerá confidencial con todas las partes implicadas y que tal información será usada sólo para proveer al niño y a la familia nombrada 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 **30 DE JUNIO del 2015.**

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padres / Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)