

**CHILD AND FAMILY CONNECTIONS****CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN DE NIÑOS CON PÉRDIDA AUDITIVA IDENTIFICADA**

**ATENCIÓN:** Este formulario se completa solamente para niños que tienen una pérdida auditiva identificada. Se completa durante la reunión IFSP inicial o en cualquier momento que se confirme una pérdida auditiva identificada después de la reunión IFSP inicial o si la familia del niño con una pérdida auditiva identificada decide no aceptar servicios del sistema de Intervención Temprana.

Yo/Nosotros \_\_\_\_\_ doy/damos mi/nuestro consentimiento informado para que:  
Nombre(s) del padre y/o madre y/o tutor legal en letra sencilla

Nombre del Coordinador de Servicios \_\_\_\_\_ N° de Child & Family Connections \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección (número y calle o apartado postal) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del audiólogo del niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Informe al Programa de Revisión Auditiva de Recién Nacidos del Departamento de Salud Pública de Illinois por la transmisión del presente que:

- Se completó para mi hijo/hija un **inicial** Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) el día \_\_\_\_\_ ;  
Fecha
- Se confirmó una pérdida auditiva identificada y se añadieron servicios al IFSP de mi hijo/hija el día \_\_\_\_\_ o  
Fecha
- Mi hijo/hija tiene una pérdida auditiva identificada pero prefiero no aceptar servicios de Intervención Temprana.

Nombre legal del niño (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Otro nombre por el cual se conoce al niño \_\_\_\_\_

Dirección (número y calle o apartado postal) \_\_\_\_\_ Hospital donde nació el niño \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

El Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) utilizará esta información para confirmar o que mi hijo recibirá servicios de la Oficina de Intervención Temprana del Estado de Illinois o que he decidido no aceptar servicios de Intervención Temprana. IDPH no revelará esta información sin mi consentimiento escrito previo y la utilizará solamente para la preparación de informes administrativos o estadísticos. Esta información es necesaria para evaluar el Programa de Revisión Auditiva de Recién Nacidos del Estado de Illinois.

Mi consentimiento será válido durante los 365 días después de la fecha de mi firma en este formulario. Entiendo que es voluntario y que lo puedo revocar en cualquier momento con una petición escrita a la CFC anotada arriba, excepto en la medida en que ya se haya actuado en consecuencia del mismo. Comprendo que mi negativa a permitir la revelación de esta información no afectará la provisión a mi hijo de servicios de Intervención Temprana; sin embargo, sí reprimirá la evaluación eficaz del Programa de Revisión Auditiva de Recién Nacidos del Estado.

**HE LEÍDO Y ENTENDIDO LAS CONDICIONES DE ESTE FORMULARIO.**

Firma (padre, madre o tutor legal) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Aviso a la agencia o persona que recibe este formulario:**

En virtud de la Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (Ley de confidencialidad en la salud mental y discapacidades de desarrollo de Illinois), la Family Educational Rights and Privacy Act (Ley de derechos educativos y privacidad de la familia), 20 USC 1232g, y la Health Insurance Portability and Accountability Act Act (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos) de 1996, la información recopilada en la presente no debe divulgarse posteriormente a no ser que la persona que consintió en la presente divulgación consienta específicamente en tal divulgación posterior o la divulgación posterior sea permitida por ley.

**Envíe la información a:**

Administrator  
IDPH - Genetics/Newborn Screening  
535 West Jefferson, 2nd Floor  
Springfield, IL 62761  
Phone: 217/785-8101  
Fax: 217/557-5324