



Nombre del Hijo/a: _____

ChildPlus ID#: _____

Permiso para Servicios

El programa Head Start requiere permiso para ofrecer servicios a su hijo/a y trabajará con usted y su familia para llevar a cabo estos servicios.

Al firmar esta forma entiendo que:

Al marcar "Sí", estoy dando permiso para que el programa Head Start proporcione los servicios especificados.

Al marcar "No", estoy NEGANDO el permiso y desisto de los servicios ofrecidos por el programa Head Start.

Entiendo que RENUNCIO a mi derecho a los servicios especificados y que seré responsable de obtener estos servicios para mi hijo/a.

Permiso para Servicios de Salud Específicos

Doy permiso y entiendo que mi hijo/a recibirá atención médica de emergencia y/o atención de salud mental por parte de un médico, dentista, enfermera registrada u otro certificado o licenciado personal de salud en el caso de una enfermedad crítica, herida o crisis.

Sí No

Doy permiso para que mi hijo/a reciba evaluaciones médicas y de comportamiento/desarrollo realizadas por personal calificado tal como lo requieren las normas de actuación de Head Start. Estas incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones de Audición, Visión, Evaluación de Crecimiento, Presión Arterial, Comportamiento (ASQ-SE) y Desarrollo (ASQ-3).

Sí No

Permiso para Fotografías/Videos

Doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado/a, grabado/a en video o audio mientras sea estudiante de Head Start.

Sí No

Doy permiso para que fotos/videos de mi hijo/a sean publicados en periódicos, revistas, sitio web de la escuela y otras publicaciones, incluyendo el uso online para propósitos educativos y pueden ser compartidos en sitios web de redes sociales públicas.

Sí No

Entiendo que el programa no usará ninguna información personal junto con las fotos, videos o grabaciones de voz tal como nombre, edad o ubicación.

Sí No

Entiendo que no recibiré compensación alguna por el uso de las fotos, videos o grabaciones.

Sí No

Permiso para Comunicación por Texto/Email

Doy permiso para que el personal del programa me contacte por mensaje de texto.

Sí No

Doy permiso para que el personal del programa se comunice conmigo por e-mail. Entiendo que esto incluye, pero no se limita a, información sobre mi hijo/a, boletines del campus o del aula de clases, Ready Rosie y recordatorios de eventos futuros del programa.

Sí No

Apoyo de salud y bienestar

Doy mi consentimiento para servicios de consulta de salud mental, incluyendo observaciones en el aula, realizados por un profesional de salud mental con licencia, como apoyo al niño, la familia y el éxito escolar según lo requerido por las normas de Head Start Regla 1304.45.

Sí No

Notificación de Privacidad: Entiendo que tengo el derecho de requerir y ser informado/a acerca de la información recabada por el programa Head Start. Entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar la información cuando la solicite. También entiendo que tengo el derecho de pedir al programa Head Start que corrija cualquier información que se determine como errónea. También entiendo que puedo permitir o restringir que esta información sea compartida. Estoy al tanto de que puedo solicitar al programa Head Start copia de la notificación de prácticas de privacidad.

Entiendo que los permisos que otorgo mediante esta forma se mantendrán efectivos mientras mi hijo/a o hijos/as sean parte del programa Head Start, y que puedo revocar el permiso, por escrito, en cualquier momento.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

He repasado y explicado la información precedente al padre/madre/tutor.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____