

BENTON FRANKLIN HEAD START

Head Start

Request for Release of Medical Information/Petición para la Entrega de Información Médica

Child's Name/Nombre del Niño(a): _____ Site/Centro: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Head Start Staff Making Request/Personal de Head Start que hace la Petición: Jenny Diaz, Health Services Specialist

I hereby authorize the exchange of confidential information with the agency/person(s) listed below:

Yo autorizo el intercambio de información confidencial con la(s) siguiente(s) agencia/persona(s):

Benton Franklin Head Start

Name of Agency/Nombre de la Agencia

Name of Agency/Person(s)/Nombre de Agencia/Persona(s)

1549 Georgia Ave. SE, Suite B

AND/Y

Street Address/Dirección de la Calle

Street Address/Dirección de la Calle

Richland, WA 99352

City/Ciudad, State/Estado, Zip Code/Código Postal

City/Ciudad, State/Estado, ZipCode/Código Postal

(509)735-1062 (509)737-8492

Phone/Teléfono & Fax/Fax:

Phone/Teléfono & Fax/Fax:

Please send copies of the following records within 15 days:

Por favor envíe copias de los siguientes documentos dentro de 15 días:

_____ Most recent physical exam/examen físico más reciente

_____ Most recent Dental Exam and Treatment/examen dental y tratamiento más reciente

_____ Copies of Ht, Wt, Growth Chart, and most recent Hgb/copias de la estatura, peso, gráfica de crecimiento, y Hgb más reciente

_____ Other (specify)/Otro (especifique) _____

Consent to exchange Health information is void after ninety (90) days/El consentimiento para intercambiar información sobre salud es nulo después de (90) días.

I understand that the information obtained will be treated in a confidential manner and will not be transmitted to a third party without my permission. I also understand that it is my right to request a copy of all information and contest any information I feel is incorrect./Yo entiendo que la información obtenida será tratada de una manera confidencial y no será compartida con un tercer partido sin mi permiso. Yo también entiendo que es mi derecho pedir una copia de toda la información y disputar cualquier información que yo creo es incorrecta.

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/ Guardián

Enrollment Visit/Visita de Inscripción

Date/ Fecha

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/ Guardián

Home Visit #1/Visita al Hogar #1

Date/ Fecha

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/ Guardián

Parent/Teacher Conf.#1/ Conferencia de Maestra/Padre #1

Date/ Fecha

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/ Guardián

Home Visit #2/Visita al Hogar #2

Date/ Fecha

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/ Guardián

Parent/Teacher Conf. #2/Conferencia de Maestra/Padre #2

Date/ Fecha