



200 South Harrison Street #1  
 Aberdeen, South Dakota 57401  
 P: 605.229.4506 F: 605.226.0196

**General Release of Information**

Child's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Telephone: (home) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Address: Street/City/State/Zip: \_\_\_\_\_

I hereby request and authorize the below named agency to engage in verbal and/or written communication with and release records to the Northeast South Dakota Head Start Program, Inc., regarding the information checked below and any relative information regarding my child.

I understand that the purpose of releasing this information is to help staff better understand my child's strengths and needs and to help both agencies in order to facilitate transitions, follow-up and consistency in providing services to my child and our family.

- Developmental Screening (i.e. DIAL, Battelle, etc.)
- Evaluation Results – Special Education Assessments
- IEP
- Other \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

Agencies:

<u>Agencies:</u>	<u>Address /Street/City/State/Zip</u>	<u>Phone Number</u>

**\*Providers\*** Please send a copy of your findings to the above address or fax number.

\_\_\_\_\_  
 (Parent/Guardian Signature)

\_\_\_\_\_  
 (Date of Signature)

Authorization Valid Through \_\_\_\_\_  
 (Date)

This Release of Information is intended to follow all rules set forth by applicable IDEA, FERPA and HIPPA laws. Granting of this consent is voluntary on the part of the parent and may be revoked at any time. If revoked, that revocation is not retroactive and therefore it does not apply to an action that occurred before the consent was revoked. This release is in effect until the date listed or for one year from the date of the signature (whichever is longer). It is understood a photocopy of this form will also serve as authorization.



200 South Harrison Street #1  
Aberdeen, South Dakota 57401  
Teléfono: 605.229.4506 Fax: 605.226.0196

### Revelación General de Información

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa): \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Dirección: Calle/Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Por la presente, solicito y autorizo a la agencia mencionada a continuación a participar en comunicaciones verbales y / o escritas con y divulgar registros Northeast South Dakota Head Start, Inc., con respecto a la información verificada a continuación y cualquier información relativa a mi hijo. Entiendo que el propósito de divulgar esta información es ayudar al personal a comprender mejor las fortalezas y necesidades de mi hijo y ayudar a ambas agencias para facilitar las transiciones, el seguimiento y la coherencia en la prestación de servicios a mi hijo y a nuestra familia.

- Evaluación del desarrollo (i.e. DIAL, Battelle, etc.)
- IEP
- Resultados de evaluación
- Otro \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

Agencias:

<u>Agencia:</u>	<u>Dirección /Calle/Ciudad/Estado/Código Postal</u>	<u>Número Telefónico</u>

**\*Proveedores\*** Favor de mandar una copia de sus hallazgos a la dirección o número de fax antes mencionado/a.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Guardián)

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

Autorización válida hasta \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Esta divulgación de información está destinada a seguir todas las reglas establecidas por las leyes aplicables de IDEA, FERPA e HIPPA. La concesión de este consentimiento es voluntaria por parte de los padres y puede revocarse en cualquier momento. Si se revoca, esa revocación no es retroactiva y, por lo tanto, no se aplica a una acción que ocurrió antes de que se revocara el consentimiento. Esta autorización está en vigor hasta la fecha indicada o durante un año a partir de la fecha de la firma (la que sea más larga). Se entiende que una fotocopia de este formulario también servirá como autorización.