Formulario de Autorización y Confidencialidad de Northeast SD Head Start

Nombre del padre/guardián/voluntario: _____

(Letra de imprenta, por favor)

Nombre del niño: _____ Sitio: _____

Favor de escribir sus *iniciales* en cada uno de los siguientes ítems:

	Sí	No	**Al marcar que "sí", se está dando autorización. Al marcar que "no", no se está dando autorización.** ***Es opcional dar autorización. Usted tiene el derecho de hacer cambios a este formulario de consentimiento en cualquier momento. Hay que indicar los cambios por escrito.***
1.			Yo doy autorización a NESD HS para que lleve a cabo una evaluación de la salud de mi hijo que está inscrito en Head Start. Yo entiendo que esta evaluación incluye evaluar su estatura, peso, visión, y oído.
2.			Yo doy autorización al personal de NESD HS para que se comunique con el personal de emergencias apropiado en el caso de alguna emergencia médica o dental.
3.			Yo doy autorización para que mi hijo reciba tratamiento de primeros auxilios para heridas leves mientras esté asistiendo a NESD HS.
4.			Yo doy autorización para que mi hijo participe en las evaluaciones del desarrollo mental que incluirán a habilidades motrices, conceptos, lenguaje, y auto ayuda, y observaciones socio-emocionales y conductuales.
5.			Yo doy autorización para que se revele el nombre, la fecha de nacimiento, los nombres de los padres, la dirección, el número de teléfono, y los registros educativos de mi hijo a las escuelas públicas y particulares para los propósitos de la transición.
6.			Yo doy autorización para que mi hijo vaya en excursiones como parte del programa del desarrollo de los niños del programa Head Start.
			Yo doy autorización al personal de NESD HS para que tomen fotos de mi hijo/familia para utilizar las: fotos
7a.			programa para entrenamiento
7b.			artículos del periódico, y fines promocionales para poder informar al público de las actividades de Head Start. (También se puede publicar el nombre del niño y la familia.
7c.			Fin de la foto de la clase Año / grupo que se enviará a casa con cada niño
8.			Yo autorizo a mi hijo a participar en las clases de 4-15 en el programa Talking About Touching.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, _____, entiendo la necesidad de mantener una confidencialidad absoluta al llevar a cabo mi papel como padre/guardián del programa Northeast South Dakota Head Start. Por la presente, yo juro que mantendré y aceptaré la responsabilidad de mantener la confidencialidad absoluta. Yo no conversaré con nadie sobre la información vista u oída durante la asistencia a Head Start. Yo entiendo que cometer infidencia resultará en informar de tal infidencia al director ejecutivo y puede resultar en tomar medidas correctivas, y hasta podría resultar en descalificarme de poder servir como voluntario.

(Véase: Política de confidencialidad y Registros de la agencia que se encuentran en el Libro de Información para las Familias)

_____ _____

Firma del padre/guardián/voluntario Fecha Firma del personal Fecha

_____

Firma del padre/guardián/voluntario Fecha