

CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACIÓN

Utah Department of Health Division of Community and Family Health Services

Children with Special Health Care Needs Bureau
44 North Mario Capecchi Drive, P. O. Box 144640
Salt Lake City, UT 84114-4640

Como Padre/Guardián Legal/Uno Mismo (círculo), Solicito información sea liberada con respecto al niño siguiente

Name: _____ Date of Birth: _____

Current Address: _____ City: _____

State: _____ Zip: _____ Phone Number: _____

como indicado abajo:

Consiento a la liberación de información tenida por _____ al Utah Department of Health, Children with Special Health Care Needs Bureau. Por favor mande la materia a:

Children with Special Health Care Needs Bureau
44 North Medical Drive, P. O. Box 144610
Salt Lake City, UT 84114-4610

Consiento a la liberación de información tenida por Utah Department of Health, Children with Special Health Care Needs Bureau a: Name(nombre): _____

Organization(organización): _____

Address(dirección): _____

This release is for the following type of information as checked below:

- | | | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Achievement | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Immunization | <input type="checkbox"/> School Testing |
| <input type="checkbox"/> Admit/Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Developmental | <input type="checkbox"/> IQ/Psychological | <input type="checkbox"/> Social Services |
| <input type="checkbox"/> Attendance | <input type="checkbox"/> Feeding/Nutrition | <input type="checkbox"/> Lab/Medical Imaging | <input type="checkbox"/> Speech/Language |
| <input type="checkbox"/> Behavioral | <input type="checkbox"/> Growth | <input type="checkbox"/> Medical | <input type="checkbox"/> Surgical Reports |
| <input type="checkbox"/> Birth/Newborn Records | <input type="checkbox"/> Hearing | <input type="checkbox"/> Newborn Screening Tests | <input type="checkbox"/> Vision |
| <input type="checkbox"/> Community Staffing | <input type="checkbox"/> IEP/IFSP | <input type="checkbox"/> OT/PT | |

Other Explain:

Yo entiendo que yo puedo retirar este consentimiento para revelar información en cualquier tiempo, notificándolo en forma escrito. Este permiso permanece **efectivo por un año** de la más reciente fima.

Firma: _____ Relacion al niño: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relacion al niño: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relacion al niño: _____ Fecha: _____

Signature: _____ Relationship to child: _____ Date: _____

Signature: _____ Relationship to child: _____ Date: _____

Signature: _____ Relationship to child: _____ Date: _____

Witnessed by: _____ **Title:** _____
(testigo de) (Título)

For questions regarding this request, contact:

Program: ABLE

Name: Chris Sandoval

Phone: 584-8552 **Fax:** 584-8562