

Divulgación de Información DE SSG a Otro Entidad

Nombre del niño: _____ **Padre/Cuidador**

Fecha de nacimiento: _____ **Domicilio**

Fecha de solicitud: _____

Por la presente autorizo a EBS Early Intervention a divulgar a la siguiente información (Por favor marque todas las que correspondan):

_____ **IFSP/IEP**

_____ **Informe de evaluación**

_____ **Revisión Anual**

_____ **Historia médica/de desarrollo**

_____ **Otros: (Especificar)**

Toda la información divulgada tiene el propósito expresado de desarrollar e integrar un plan eficaz de tratamiento para el niño mencionado anteriormente. Entiendo que esta información es confidencial y sólo será vista por personas profesionales involucradas en el cuidado de mi hijo.

En cualquier momento puedo cancelar la autorización.

Firma de Padre/Cuidador

Fecha