|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-21336S (03/2017) | | **STATE OF WISCONSIN**  34 CFR § 99.31  45 CFR § 64.508(c)(2)(ii) | | |
| CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN  CON LA AGENCIA LOCAL DE EDUCACIÓN **CONSENT FOR EXCHANGE OF INFORMATION WITH LOCAL EDUCATION AGENCY** | | | | |
| El llenar este formulario de consentimiento es voluntario y autoriza a que se comparta la información descrita en la Sección 1 abajo. Si no se llena este formulario, las agencias no podrán compartir información y por lo tanto es posible que no puedan remitir a su hijo a los servicios apropiados. | | | | |
| Nombre del niño (nombre, apellido, inicial) | | | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | |
| Dirección del niño (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | |
| Nombre de los padres | | | | |
| **Agencias autorizadas a intercambiar información verbal o escrita sobre el niño antes citado para los propósitos indicados a continuación.** | | | | |
| Agencia Local de Educación (Local Educational Agency - LEA) | Birth to 3 Program | | | |
| Dirección | Dirección | | | |
| Ciudad, estado, código postal | Ciudad, estado, código postal | | | |
| Número de teléfono | Número de teléfono | | | |
| **SECCIÓN 1 Consentimiento para compartir expedientes** | | | | |
| El Birth to 3 Program indicado arriba tiene permiso para compartir información con relación a mi hijo con la Agencia Local de Educación (Local Education Association - LEA) indicada arriba. Entiendo que el Birth to 3 Program compartirá información con LEA que consistirá en nombre, fecha de nacimiento, información de contacto de los padres, y con este consentimiento:  1. El Birth to 3 Program indicado arriba tiene permiso para compartir la información sobre los servicios que mi hijo y familia han recibido, así como el lugar en el que los servicios fueron prestados y los resultados al finalizar los servicios. 2. Mi consentimiento permite al Birth to 3 Program enviar una copia de los siguientes expedientes de intervención temprana a la LEA indicada arriba: Plan Individualizado de Servicios para la Familia (Individualized Family Service Plan), Informes de Evaluación del Birth to 3 Program (ocupacional, físico, del habla, de educación especial), las notas sobre el progreso/plan de cuidados y otros expedientes, tal como se especifica a continuación: | | | | |
| **Entiendo que el objetivo de la remisión es ayudar con la transición a los servicios que mi hijo podría recibir a los tres años, los cuales incluyen:** Informar a la LEA que mi hijo tiene una necesidad de educación especial, ofrecer información a la LEA para ayudar a decidir si es necesario realizar una evaluación adicional para determinar la elegibilidad de mi hijo para recibir servicios de educación especial, exigir que la LEA me notifique que el distrito escolar ha recibido la orden de evaluación de mi hijo para determinar si tiene una discapacidad o si requiere de servicios de educación especial (la LEA no conducirá pruebas adicionales sin mi autorización) y para otros propósitos especificados a continuación: | | | | |
| **SECCIÓN 2 Comunicación entre el DHS y el DPI** | | | | |
| Entiendo que al firmar este consentimiento el Birth to 3 Program indicado arriba compartirá todos los expedientes de mi hijo mencionados anteriormente a través del Department of Health Services(DHS) de Wisconsin a la Agencia Local de Educación indicada arriba en la que el niño busca o intenta inscribirse y al Department of Public Instruction (DPI) de Wisconsin según lo permita el 34 CFR § 99.31. | | | | |
| **SECCIÓN 3 Derechos** | | | | |
| Este consentimiento tiene validez por un año calendario y se vence el       [*poner fecha*].  Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este formulario de consentimiento que autoriza la divulgación del expediente de mi hijo. Entiendo que negarme a firmar este formulario puede impedir que mi hijo reciba los servicios que se ofrecen a través de la LEA, conforme al 45 CFR § 164.508(c)(2)(ii).  Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto por la información que ya ha sido compartida como resultado de dicho consentimiento. El aviso por escrito de retirar la autorización debe entregarse a la agencia u organización a la cual autoricé divulgar la información. También podría limitar la divulgación de expedientes adicionales indicados arriba, tachando y escribiendo mis iniciales sobre aquellos expedientes que no deseo que sean enviados. Sin embargo, entiendo que el limitar la divulgación de expedientes podría afectar el proceso de determinación de elegibilidad de mi hijo para los servicios a través de la LEA.  La información que he autorizado que sea compartida puede ser compartida nuevamente por el destinatario de esos expedientes sólo si la ley así lo permite. Si la información es compartida nuevamente, el destinatario de la información podría estar regido por leyes diferentes.  Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia de los expedientes compartidos. | | | | |
| **FIRMA –** Padre/Madre | | | | Fecha de firma |