

**The Department of Early Learning
Programa de Apoyos Tempranos a Bebés y Niños (por sus siglas en inglés, "ESIT") de Washington**

Autorización para la divulgación de registros

OBJETIVO: Como padre/madre, usted tiene el derecho de permitir o no permitir la divulgación de los registros de su niño a otras personas o agencias. Esta solicitud le da la oportunidad de aprobar o no aprobar dicha solicitud, a menos que la divulgación de los registros esté permitida por una de las excepciones en las reglas de la Parte C de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (por sus siglas en inglés, "IDEA") y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (por sus siglas en inglés, "FERPA").

NOMBRE DEL NIÑO: _____ **FECHA:** _____

FECHA DE NAC. DEL NIÑO: _____ **AGENCIA LÍDER LOCAL:** _____

POR ESTE MEDIO AUTORIZO EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE MANERA ORAL, ESCRITA O ELECTRÓNICA ENTRE EL PROGRAMA ESIT Y LAS AGENCIAS Y PERSONAS ABAJO MENCIONADAS CON LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS
(marque uno o más):

- Determinar la elegibilidad para el programa ESIT
- Identificar servicios apropiados de intervención temprana por medio del proceso del IFSP
- Compartir los resultados de la evaluación/valoración y todas las notas de progreso
- Otro (especifique) _____

<i>Nombre de la agencia/persona</i>	y	<i>Nombre de la agencia/persona</i>
<i>Calle y número</i>		<i>Calle y número</i>
<i>Ciudad, Estado, C.P.</i>		<i>Ciudad, Estado, C.P.</i>
	y	<i>Nombre de la agencia/persona</i>
		<i>Calle y número</i>
		<i>Ciudad, Estado, C.P.</i>
	y	<i>Nombre de la agencia/persona</i>
		<i>Calle y número</i>
		<i>Ciudad, Estado, C.P.</i>
	y	<i>Nombre de la agencia/persona</i>
		<i>Calle y número</i>
		<i>Ciudad, Estado, C.P.</i>

