



Consentimiento para liberar información

Consejo de Colaboracion del Condado de Montgomery

A las familias:	Nosotros podemos ayudarle mejor si somos capaces de trabajar con otras agencias que conozcan a su hijo y su familia. Al firmar este formulario, está dando permiso para que las estas agencias puedan compartir información sobre su hijo. No se le negará servicios, de los cuales usted es elegible, si usted elige no firmar este formulario.
------------------------	--

Sección I.	Identificación del niño
-------------------	--------------------------------

Nombre del niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Por favor escriba)

Sección II.	Consentimiento de la persona de autorización para divulgación de información entre organismos públicos
--------------------	---

Yo entiendo que el propósito de esta autorización es permitir que las agencias compartan información y registros con el fin de planificar y proporcionar servicios al niño arriba de una manera coordinada y eficaz. Estoy de acuerdo que los organismos enumerados a continuación pueden compartir e intercambiar información acerca de mi hijo. Entiendo que el intercambio de información dentro de esta autorización es confidencial. Entiendo que esta autorización caduque automáticamente un año después de la firma a menos que se indique lo contrario por debajo, pero puede ser revocada por mí por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya ha sido lanzada con esta autorización.

Yo, _____, en _____ autoriza compartir la
(padres/nombre de guardian: Por favor escriba) (fecha)

información y registros en el niño anterior por las siguientes organizaciones de agencias públicas. Copias de este formulario a uno o más de las organizaciones enumeradas a continuación.

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Departamento de salud de Servicios Humanos del Condado de Montgomery | <input checked="" type="checkbox"/> Departamento de Maryland para la Salud e Higiene Mental |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Montgomery | <input checked="" type="checkbox"/> Departamento de Maryland de Servicios Juveniles |
| <input checked="" type="checkbox"/> Consejo de Colaboracion del Condado de Montgomery | <input checked="" type="checkbox"/> Administración de Maryland de discapacidades del desarrollo. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Federación de Familias (Ayuda de referidos para Familias) | <input checked="" type="checkbox"/> Agencia Judía de Servicios Sociales (JSSA) |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Agencias/doctores/escuelas que puedan dar información para ayudar al niño

Propósito de Solicitud: Para la LCC planificar los servicios apropiados para mantener el niño o joven en el ambiente menos restrictivo.

Firma del Padre/Guardianes autorizado _____

LCC Representative _____