

## Acuerdo de la familia para consulta y divulgación de información

Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor(es): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle, Ciudad, Estado, Código postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Centro de aprendizaje temprano (Early Learning Center): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle, Ciudad, Estado, Código postal*

Como el tutor legal de mi hijo(a), autorizo al centro de aprendizaje temprano de mi hijo(a) a intercambiar información con SUCCESS con el fin de comprender el desarrollo social y emocional y el comportamiento de mi hijo(a). También doy mi consentimiento para servicios de consulta proporcionados por los Consultantes de salud mental de la primera infancia (Early Childhood Mental Health Consultants, ECMHC) de SUCCESS que están enfocados en brindar apoyo para el desarrollo emocional y social y el comportamiento de mi hijo(a).

Las familias son importantes colaboración. Comprendo que los ECMHC de SUCCESS estarán disponibles para responder preguntas sobre el desarrollo y el comportamiento de mi hijo(a). El ECMHC de SUCCESS también está disponible para proporcionar recursos e información relevante en el entorno de aprendizaje temprano de mi hijo(a) y mi comunidad. Porque las familias son un recurso crítico de información sobre sus hijos(as), comprendo que es posible que se me pida que participa en conversaciones con los ECMHC de SUCCESS y proporcione información para asistir con los servicios de consulta. Comprendo que las actividades de consulta pueden incluir:

- Revisión de los registros del programa de aprendizaje temprano de mi hijo(a)
- Observación de mi hijo(a) en su salón de clase
- Contacto directo con los maestros de mi hijo(a) y el personal del centro, con mi hijo(a) y mi familia, con el fin de proporcionar servicios de consulta de salud conductual.
- Proporcionar un resumen escrito de los servicios de consulta, que se puede colocar en el registro del programa de aprendizaje temprano de mi hijo(a).

Es importante saber que toda la información u opiniones recabadas u obtenidas incidentalmente durante las actividades de SUCCESS se mantendrán confidenciales. La excepción a esto es en una instancia de abuso o negligencia. El personal de SUCCESS está obligado por la ley estatal de RI a denunciar casos conocidos o sospechados de abuso o negligencia infantil a las autoridades que correspondan. Además de examinar información recabada de forma individual como parte de las actividades de SUCCESS para brindar un mejor apoyo al entorno de aprendizaje temprano de su hijo(a), también observamos la información del nivel de grupo en el que están todos los niños involucrados en SUCCESS para saber cómo funciona el programa.

Comprendo que, al firmar este formulario, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento futuro. Al firmar este formulario, reconozco que toda la información anterior es verdadera y precisa.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre/madre/tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Hora/Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de molde*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre/madre/tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Hora/Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de molde*

\_\_\_\_\_  
*Firma del director*

\_\_\_\_\_  
*Hora/Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de molde*