



**Permission to Exchange Confidential Information**

I give my permission for the YMCA of Frederick County and other service agencies and individuals, listed below, to mutually exchange information concerning my child as necessary. The information shared is for the purpose of delivering the best quality of service to you and your family. Some of the information to be shared includes:

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Medical/Dental Records    | Family Service Records   |
| Education Records         | Behavioral Observations* |
| Special Education Reports | Child Care/Family Goals  |

<u>Agency or Individual</u>	<u>Consent/ Initials</u>	<u>Date</u>
Frederick County Public Schools/Child Find	_____	_____
Department of Social Services	_____	_____
Doctor/Practice: _____	_____	_____
Dentist/Practice: _____	_____	_____
Frederick County Health Dept. (Infant & Toddler Program, Audiologist, Dental Clinic, all consultants)	_____	_____
Behavior/Mental Health Consultant*	_____	_____
WIC	_____	_____
Child Care Provider	_____	_____
Others: _____	_____	_____
_____	_____	_____

\*General classroom and individual observations as needed

As my child's services change during the year, I understand that I may be asked to give consent for other agencies or individuals, by initialing on this form. I understand that this information will not be shared with any other agencies and individuals without my written permission. I also understand that a photocopy of this form may be utilized as the original, and the form will be kept in my child's confidential case record file. My consent is voluntary, and unless revoked in writing, shall stand as valid for the full time that my child is enrolled in Frederick County YMCA Head Start.

\_\_\_\_\_  
Child's Name (please print)

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relationship to Enrolled Child



**Permiso para Intercambio de Información Confidencial**

Yo doy mi permiso para que FCHS, otras agencias de Servicios, e individuos enlistados a continuación intercambien mutuamente información concerniente a mi hijo/a si es necesario. El propósito de compartir la información es entregar una mayor calidad de servicio par Usted y su familia. Alguna de la información que va a ser compartida incluye:

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Archivos Médicos/Dentales      | Archivos de Servicios a las Familias |
| Archivos de Educación          | Observaciones de Conducta*           |
| Reportes de Educación Especial | Centro de Cuidado de Niños/Metas     |

Familiares

<b><u>Agencia o Individuo</u></b>	<b><u>Consentimiento/Iniciales</u></b>	<b><u>Fecha</u></b>
Escuelas Públicas de Frederick/ Child Find	_____	_____
Departamento de Servicios Sociales	_____	_____
Doctor/Consultorio_____	_____	_____
Dentista/Consultorio_____	_____	_____
Departamento del Salud del Condado de Frederick (Programa de Infantes y Recien Nacidos, Audiólogos, Clínica Dental, otros)	_____	_____
Enfermera Consultora de Head Start	_____	_____
Consultor de Salud Mental y Conducta	_____	_____
WIC	_____	_____
Proveedor de Cuidado de Niños	_____	_____
Otros:_____	_____	_____

\*Observaciones generales e individuales de las aulas cuando se necesite.

Si los servicios que mi hijo/a reciben cambian durante el presente año, Yo entiendo que se me debe preguntar para dar mi consentimiento a otras agencias o individuos, al poner mis iniciales en este formulario. Yo entiendo también que no se compartiráninguna información con ninguna otra agencia o individuo sin mi permiso por escrito. Yo también entiendo que se puede utilizar una fotocopia de este documento para requerir información y la original se mantendráen los archivos de mi hijo. Mi consentimiento es voluntario, y solo si lo revoco por escrito quedará cancelado, caso contrario se lo puede utilizar en el transcurso de este año lectivo o mientras mi hijo/a asista a Head Start del Condado de Frederick.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia/ Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el Niño/a enrolado en FCHS