



## New Jersey Center on Deafblindness (NJCDB)

### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR EL FORMULARIO

NJCDB es responsable de mantener un registro de estudiantes con sordoceguera como lo requiere la Oficina de Servicios de Educación Especial y Rehabilitación de los Estados Unidos (OSERS). Como agencia con la responsabilidad asignada, NJCDB mantendrá de forma segura la confidencialidad de toda la información recopilada. *Tenga en cuenta que el término "estudiantes con sordoceguera" se refiere a niños y jóvenes (desde el nacimiento hasta los 21 años) con diversos grados de pérdida de visión y audición.*

A quien le interese:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica, educativa y / o de otro tipo sobre mi hijo, \_\_\_\_\_, a NJCDB con el entendimiento de que estos registros confidenciales serán tratados como información privilegiada, y la información que se solicita es necesaria para propósitos directamente relacionados con la asistencia técnica proporcionada por NJCDB en nombre de mi hijo. Por la presente, doy permiso al Consorcio de Sordoceguera de Nueva Jersey (NJCDB) para determinar la elegibilidad para los servicios de mi hijo. Además, entiendo que si se determina que mi hijo es elegible para los servicios, será incluido en el recuento de niños de NJCDB-NCDB.

Si usted, como padre o tutor, desea rescindir este acuerdo, puede hacerlo en cualquier momento por escrito enviando una carta firmada y fechada a cualquier personal de NJCDB y dicha rescisión entrará en vigencia una vez que el personal de NJCDB la reciba y su hijo se eliminará del censo y se cancelarán los servicios.

Nombre del niño (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: NJ Código postal: \_\_\_\_\_

Imprimir o escribir el nombre completo:

\_\_\_\_\_

Relación con el niño / joven: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría estar incluido en la lista de correo / llamadas de NJCDB para recibir avisos de talleres, servicios o ser contactado por un representante para conocer nuestros servicios?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**(opcional)**

**Para los fines de compartir (marque solo los que correspondan):**

- Informes escolares (IFSP, IEP, MET)
- Evaluación/información de habla y lenguaje
- Evaluación/información de terapia física/ocupacional
- Antecedentes familiares, de nacimiento y de desarrollo
- Información médica
- Informes/resúmenes de orientación y movilidad
- Información y evaluación audiológica/auditiva
- Registros de la vista
- Informes/Información Psicológica
- Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

**Consentimiento adicional:**

¿Nos permitiría hablar con el maestro de su hijo, paraprofesional u otros miembros del personal sobre temas específicos relacionados con su hijo y revisar los registros médicos y educativos de su hijo?

Sí  No

¿Nos permitiría divulgar información de contacto a los padres asesores para comunicarnos con usted acerca de los próximos eventos?

Sí  No

¿Nos permitiría divulgar la información de contacto de los padres a organizaciones específicas para personas con discapacidades?

Sí  No

¿Le gustaría obtener más información sobre nuestro Centro de Capacitación de Información de Capacitación para Padres (PTI) estatal?

Sí  No

*Jóvenes en edad de transición (13-21):* ¿Nos permitiría compartir su información de contacto (solo) con el representante regional del Centro Nacional Helen Keller?

Sí  No

Iniciales aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_