



**A Shared Vision**

Partners in Pediatric Blindness & Visual Impairment

## Autorización para el intercambio mutuo de información

Como padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ (nombre del niño), cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_, **autorizo a A Shared Vision a intercambiar información educativa y de desarrollo relativa a este niño, incluyendo, pero no limitándose a:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información de referencia                  | <input type="checkbox"/> Resultados de examen ocular       |
| <input type="checkbox"/> Resultados de la evaluación del desarrollo | <input type="checkbox"/> Evaluación de la visión funcional |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud                         | <input type="checkbox"/> IFSP                              |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                               |  |

**con los siguientes organismos, médicos o programas (utilice el reverso de esta página si hay que enumerar más de tres):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Con el fin de:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Determinación de elegibilidad para los servicios de intervención temprana | <input type="checkbox"/> Planificación educativa y del desarrollo |
|  | <input type="checkbox"/> Planificación de la transición           |
|  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                             |

Entiendo que esta autorización será válida durante un año después del último contacto activo de A Shared Vision con mi familia y puede ser revocada en cualquier momento con una solicitud por escrito a A Shared Vision. Entiendo que firmar esta autorización no es una condición para recibir futuros servicios médicos o de intervención temprana. Existe la posibilidad de que se vuelva a divulgar esta información a otras personas, en cuyo caso podría dejar de estar protegida por la norma de privacidad HIPAA. La política de A Shared Vision es no divulgar la información de un niño sin el consentimiento de los padres/tutores legales. Para más información, consulte el 45 CFR (Código de Reglamentos Federales) 164.508 para la HIPAA y el 34 CFR Parte 99 para la FERPA.

Escriba su nombre completo

Relación con el niño

---

Firma del Padre/Tutor Legal

---

Fecha