

# COLORADO SERVICES FOR CHILDREN AND YOUTH WITH COMBINED VISION AND HEARING LOSS

(Discapacidad Sensorial Dual, Sordoceguera, Pérdida Sensorial Dual)

## Autorización para el Intercambio Mutuo de Información

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, el padre o tutor, autorizo el intercambio mutuo de información sobre la visión, médica, psicológica, del habla, de audiología, de terapia ocupacional, de fisioterapia y educación sobre el niño anteriormente mencionado, entre:

Colorado Services for Children and Youth with Combined Vision and Hearing Loss  
Departamento de Educación de Colorado  
1560 Broadway, Suite 1100  
Denver, CO 80202

### Y/o Agencia / Agencias:

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. _____<br>_____<br>_____ | 4. _____<br>_____<br>_____ |
| 2. _____<br>_____<br>_____ | 5. _____<br>_____<br>_____ |
| 3. _____<br>_____<br>_____ | 6. _____<br>_____<br>_____ |

Entiendo que se seguirán todas las prácticas de confidencialidad en el uso de la información recopilada. Este comunicado tiene una validez de cinco años a partir de la fecha de su firma.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que da el consentimiento      Relación      Fecha de la firma

Se puede enviar una copia de este formulario a cada organismo/persona de la lista. Si NO desea que todos los organismos enumerados lo reciban, indíquelo en el reverso de este formulario.

Gina Herrera  
Departamento de Educación de Colorado  
1560 Broadway Avenue, Suite 1100  
Denver, CO 80202  
303-866-6605