



CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

I hereby authorize: Name: _____
 Agency/Program: _____ Phone # _____
 Address: _____
 City: _____ State: _____ Zip: _____

To exchange information about:

Child's Name: _____ DOB: _____
 Mother's Name: _____

With: the warren center Phone: 972-490-9055
 320 Custer Road Fax: 972-490-9058
 Richardson, TX 75080

Information released about my child as specified:

<input type="checkbox"/> Admission Summary	<input type="checkbox"/> Evaluation(s)/Assessment(s)
<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Dated: _____
<input type="checkbox"/> Health Professional Assessment	<input type="checkbox"/> IFSP(s)
<input type="checkbox"/> Treatment Plan	<input type="checkbox"/> Dated: _____
<input type="checkbox"/> Immunization Record	<input type="checkbox"/> Dismissal Report
<input type="checkbox"/> Most Recent Physical Exam	<input type="checkbox"/> Periodic Contacts with the warren center staff about Ongoing Treatment
<input type="checkbox"/> Other: _____	

For the purpose of: determining appropriate early intervention services
 coordinating services
 transitioning to other services
 other: _____

I do not want the following parts of my child's record released:

I hereby release this organization, its employees and officers from legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent authorized herein. I have been fully informed and do understand the warren center's request for my consent, as described above. I understand that my consent is voluntary and may be refused or revoked at any time except to the extent that action has been taken hereon. If not earlier revoked, this consent shall terminate twelve (12) months from the signature date without express revocation or at the date, event, or condition specified _____.

 Date

 Parent/Guardian's Signature

 Date

 Interpreter's Signature, if needed

On this day, _____ of 20_____, I revoke this consent.

 Parent/Guardian's Signature



CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Doy autorización: Nombre:
Agencia/Programa: Telefono#
Domicilio:
Ciudad: Estado Codigo Postal

Para intercambiar información a cerca de:

Nombre del niño: Fecha de Nacimiento
Nombre de la madre:

Con: The Warren Center Phone: 972-490-9055
320 Custer Road Fax: 972-490-9058
Richardson, TX 75081

Información relegada acerca de mi niño como se especifica:

- Resumen de admisión Evaluación (es) Asesoramiento(s)
Resumen de dado de alta Fecha:
Examen profesional de salud IFSP(s)
Plan de tratamiento Fecha:
Record de vacunas Reporte de término de servicios
Exámen fisico más reciente Contactos Periódicos con el personal del centro warren acerca del
Otro: tratamiento en marcha

Para el propósito de:

- Determinar los servicios apropiados de intervención temprana
Coordinación de servicios
Transición a otros servicios
Otro:

No quiero que se revelen las siguientes partes del expediente de mi niño.

Yo aqui libero a esta organización, sus empleados y oficiales, de responsabilidad legal ó culpabilidad por la liberación de la información al alcance autorizado aqui. Se me ha informado completamente y entiendo la petición de the warren center de mi consentimiento, asi como está descrito arriba. Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser rehusado ó revocado en cualquier momento exceptuando si la acción ya ha sido iniciada. Si no revocado anteriormente, este consentimiento se termina doce (12) meses a partir de la fecha de la firma sin revocación expresa ó a la fecha, evento, ó condición delineada

Fecha Firma del Padre/Encargado
Fecha Firma del Interprete, si necesitado

En este día, de 20, mi consentimiento es revocado.
Firma de Padre/Encargado