



Early Learning Essentials AUTHORIZATION TO REQUEST OR DISCLOSE INFORMATION

Child's Name: _____

Birth Date: _____

Parent/Guardian: _____

Phone Number: _____

PURPOSE: In order to provide the best possible services, Early Learning Essentials (ELE) and other community agencies work together and may need to share information regarding your child and family. Please note: Neither enrollment or health services are conditioned upon consent or refusal to sign this form.

RIGHTS: I understand that my child's records are protected under state and federal regulations governing confidentiality and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in state and federal regulations. I also understand this Authorization is limited to the agencies listed below. Information will not be given to anyone else or be used for purposes other than what is stated. Once records have been disclosed, ELE cannot guarantee recipients will not re-disclose the information to a third party not protected by HIPAA. I understand that at any time I may revoke this authorization in writing, to Early Learning Essentials except to the extent that ELE has already taken action in relation to the Authorization.

Please Initial	PARTICIPATING AGENCIES	PHI & PURPOSE FOR THE REQUEST OR DISCLOSURE
_____	Audiologist/Speech Pathologist	Hearing Evaluation Records
_____	Early Head Start/KOTM	Program Information, Health Records & IEP
_____	Dentist	Dental Exam & Treatment Records
_____	Department of Workforce Services	Medicaid, Family Employment Plan, Child Care Subsidy
_____	Health Department	Physical Exam Results, Follow-up, Immunizations
_____	Mental Health Consultant/Psychologist	Observation & Consultation
_____	Migrant Head Start	Child Enrollment, Education, and Health Records
_____	Optometrist/Ophthalmologist	Vision Testing & Follow-up
_____	Physician	WCC/Exam Results, Follow-up, Immunizations, Labs etc.
_____	School District	Health & Educational Records & Information
_____	WIC	Hemoglobin/Hematocrit; Growth Assessment
_____	Upstart	Free on-line preschool for those who qualify
_____	United Way – Help Me Grow	Permission to share ASQ-SE results in order to receive child development and community resource information.
_____	Utah State Board of Education	Request student SSID number, Share PEEP and KEEP scores, Request longitudinal child outcome data

AUTHORIZATION: I voluntarily give permission for the ELE Health Specialist, Family Advocate or Center Manager and the above designated agencies to share information concerning my child and family and herewith release the above agencies from any and all liability for revealing and releasing such information. This authorization expires 18 months from the date signed except for the partnership with the USBE so longitudinal data can be requested throughout the child's schooling to evaluate program impact.

Signature of Parent or Legal Guardian of Minor Child

Date

Signature of ELE Health Specialist, Family Advocate or Center Manager

Date



Early Learning Essentials AUTORIZACIÓN PARA PEDIR O REVELAR INFORMACIÓN

Nombre _____

Cumpleaños _____

Padres / Guardián Legal _____

Número de teléfono _____

PROPÓSITO: Para poder proveer los mejores servicios posibles, Early Learning Essentials (ELE) y otras agencias de la comunidad trabajan juntos y necesitan compartir información acerca de su niño(a) y familia.

DERECHOS: Entiendo que los registros de mi niño(a) son protegidos bajo reglamentos estatales y federales que gobiernan el carácter confidencial de estos documentos y que no puede ser revelado sin mi permiso escrito a menos que la situación lo requiera bajo los reglamentos estatales y federales. Entiendo también que esta Autorización es limitada a las agencias mencionadas abajo y que la información no puede entregarse a ninguna otra persona ni usarse para ningún otro propósito aparte de lo mencionado anteriormente. Entiendo que cualquier revelación de información tiene la potencia de ser revelada sin autorización y la información no será protegida por la regla confidencial.

INICIALES	AGENCIAS PARTICIPANTES	PROPÓSITO DE LA PETICIÓN
_____	Especialista de los Oídos/Patología de hablar	Registros de Exámenes de Oídos
_____	Early Head Start/KOTM	Información de la Educación & IEP
_____	Dentista	Examen Dental, Tratamiento
_____	Departamento de Servicios de Trabajadores	Medical, Plan de Empleo Familiar,
_____	Head Start para migrantes	Documentos de inscripción, salud, y educación
_____	Departamento de Salud	Resultados del Examen Físico, Seguimiento, Vacunas, etc.
_____	Consultante de Salud Mental/Sicólogo	Observación y Consultación
_____	Optometrista/Oftalmólogo	Examen de la Vista y Seguimiento
_____	Médico	Resultados del Examen, Seguimiento, Vacunas, etc.
_____	Distrito Escolar	Registros y Información de la Educación y la Salud
_____	WIC	Resultados del Examen de Hierro en la Sangre
_____	Upstart	Clases gratis de preescolar en internet
_____	United Way – Help Me Grow	Permiso para mandar resultados del ASQ-SE a <i>Help Me Grow</i> , un programa que conecte padres con información sobre desarrollo del niño y recursos de la comunidad.
_____	Mesa Ejecutiva de Educación en Utah	Solicitar el número SSID del estudiante, Compartir los resultados de PEEP y KEEP, Solicitar datos longitudinales de los resultados de los niños

AUTORIZACIÓN: Doy permiso voluntariamente a Early Learning Essentials y a las agencias marcadas arriba para compartir información pertinente relacionada a mi niño(a) y familia. De esta manera yo descargo las agencias arriba de cualquier y toda sujeción a juicio por revelar y compartir tal información. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización mientras tanto y sea en forma escrita, a Early Learning Essentials. Esta Autorización para Pedir o revelar Información caduca 18 meses después de la fecha en la que esta forma ha sido firmada excepto por la alianza con la USBE para solicitar datos longitudinales a lo largo de la escolaridad del niño para evaluar el impacto del programa.