

PARENT RETURN THIS FORM TO SCHOOL PARENT RETURN THIS FORM TO SCHOOL

FORMA INFORMADA PIEDRA ANGULAR DEL CONSENTIMIENTO

Nombre del participante: _____
(pasado) (primer) (m)

Fecha de nacimiento: _____
(mes) (día) (año)

Es importante usted leyó el siguiente. Si hay cualquier cosa que usted no entiende, o si usted tiene cualesquiera preguntas, ser seguro PEDIR.

La recepción a la piedra angular, un sistema que recoja datos sobre una amplia gama del cuidado médico mantiene a los individuos. Estos servicios incluyen WIC (mujeres, infantes y niños); Inmunizaciones; Gerencia Del Caso; Cuidado prenatal y de Postpartum; Cuidado Primario Pediátrico; Intervención Temprana; Pecho y cáncer cervical; Control De la Diabetes; Familias Sanas Illinois; y antecedentes familiares Questionaire/Genetics.

Estamos pidiendo el permiso de recoger la información sobre el participante y de almacenarla en un sistema informático centralizado mantenido por los departamentos de Illinois de servicios humanos y de la salud pública. De acuerdo con la información recogida durante el proceso de la inscripción o del registro, nos determinaremos si usted necesita servicio adicional. Solamente éstos los profesionales autorizados del cuidado médico con una necesidad directa de saber sobre usted tendrán acceso a esta información. La información se puede lanzar para la autorización del servicio, la intervención, y los propósitos de la evaluación. La información necesaria, sin el nombre de cualquier cliente, será enviada a las agencias federales que financian estos programas.

Firmando esta forma del consentimiento, usted acuerda permitir que cierta información sea recogida por este agency/clinic. El person(s) que recibe esta información tiene un deber legal y ético para mantener la información confidencial y privada, y para no lanzarla a cualquier persona otro sin su permiso escrito a menos que la ley lo permita.

- A. Autorizo el departamento del brezo del condado de LaSalle (sitio de la piedra angular) para recoger la información durante el proceso de enrollment/registration.
- B. Esta autorización cubre toda la información médica, social y financiera sobre el participante, incluyendo: fondo del participante e información demográfica; información de la visita de la salud; historia médica y de desarrollo; prenatal, nacimiento, y datos del postpartum; datos de la visita de infant/child; expedientes de las inmunizaciones; riesgos del participante; problemas o factores que evitan que el participante reciba la información apropiada requerida por el programa federal de Grant del bloque de la salud maternal y de niño, e intervención temprana. Cualquier información que usted no desee lanzado se debe escribir en la parte D.
- C. Esta autorización también cubre la información sobre la salud mental, ayudas, VIH, las enfermedades, alcoholismo, y el uso sexual transmissible de la droga que se puede divulgar por mí. Entiendo que me no requieren divulgar o discutir esas materias con cualquiera.
- D. La información siguiente que no deseo ser compartido:
- E. Estoy haciendo este consentimiento dentro de los límites de mi autoridad legal. Entiendo que puedo revocar este consentimiento oral o en escribir a toda hora, pero que revocar este consentimiento no cancelará qué fue hecha antes de que lo revocara. También entiendo y acuerdo no llevar a cabo el departamento de Illinois de servicios humanos y de la salud pública obligados para el lanzamiento de cualquier información sobre mí de acuerdo con los términos de esto forma del consentimiento.
- F. Un copy/facsimile photostatic de este consentimiento será tan válido como la original

Para el participante del niño:

para el participante del adulto:

Firma de parent/legal guardian/caretaker/**FECHA**

O

firma del participante/**de la FECHA** del adulto

Firma del testigo: _____

Fecha: _____