

PERMISSION AND AGREEMENT FORM FOR PREGNANT MOTHERS

Name: _____

Date of Birth: _____

EHS Center: _____

I agree and/or give my permission to the following Early/Head Start requirements (by initialing each statement):

_____ I agree to provide the Family Service Worker/Advocate with changes in address, phone numbers and emergency contacts.

_____ I agree to mental health consultation services.

_____ I agree to keep my prenatal appointments and/or any follow up visits.

_____ I agree to provide Early/Head Start a copy of my current medical exams, dental exams, and any follow-up treatment.

_____ I agree to participate in a two week postpartum home visit with advocate and EHS nurse.

_____ I agree to allow the EHS nurse to obtain a blood pressure and temperature at my two week postpartum home visit; and also to do a physical assessment of newborn.

_____ I agree to keep my health insurance (Medicaid/CHIP or Private) current. If I become uninsured, I will apply for Medicaid/CHIP or Private health insurance. If I have private insurance, I will apply for secondary Medicaid insurance to cover deductibles or co-pays. I understand Region 7 ESC Early/Head Start is the **payer of last resort** and proof of Medicaid/CHIP application and/or denial is required.

_____ I give Region 7 ESC Early/Head Start permission to produce and use photographs/videos of me or my child (excluding foster children) for the purpose of Early/Head Start training and publicity.

_____ I give permission for Region 7 ESC Early/Head Start to share information from my record (including eligibility information) with other providers of human services.

_____ I agree to participate in the Family Partnership Agreement process with Early/Head Start staff.

I understand that state law grants to Region 7 ESC immunity from suit or liability for personal injury while under the ESC's control and jurisdiction.

Signature of Participant: _____

Date: _____

Signature of Family Service Worker/Advocate: _____

Date: _____

Region 7 Education Service Center is committed to student success by providing quality programs and services that meet or exceed our customers' expectations.



FORMA DE PERMISO Y ACUERDO PARA MADRES EMBARAZADAS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Centro de HST _____

Estoy de acuerdo y/o doy mi permiso para los siguientes requisitos de Head Start/Temprano (poniendo mis iniciales en cada declaración):

_____ Estoy de acuerdo en proporcionar a la Promotora/Trabajadora para el Servicio de las Familias los cambios de dirección, números de teléfono y contactos de emergencia.

_____ Estoy de acuerdo con los servicios de consulta de salud mental.

_____ Estoy de acuerdo en mantener mis citas prenatales y/o cualquier visita de seguimiento.

_____ Estoy de acuerdo en proporcionar a Head Start/Temprano una copia actual de mis exámenes médicos, exámenes dentales y cualquier tratamiento de seguimiento.

_____ Estoy de acuerdo en participar en una visita al hogar dos semanas después del parto con la promotora y la enfermera de HST.

_____ Estoy de acuerdo en permitir que la enfermera de HST obtenga la presión arterial y la temperatura en mi visita al hogar dos semanas después del parto; y también hacer una evaluación física de mi recién nacido.

_____ Estoy de acuerdo en mantener al día mi seguro de salud (Medicaid/CHIP o Privado). Si me quedo sin seguro, aplicaré para Medicaid/CHIP o Seguro de salud privado. Si tengo seguro privado, aplicaré para seguro de Medicaid secundario para cubrir los deducibles o copagos. Yo entiendo que la Región 7 ESC Head Start/Temprano **es el pagador como último recurso** y una prueba de la aplicación y/o la negación para Medicaid/CHIP es requerida.

_____ Doy permiso a la Región 7 ESC Head Start/Temprano para tomar y usar fotografías/videos de mí o de mi niño (excluyendo niños adoptados) para el propósito de capacitación y promoción de Head Start/Temprano.

_____ Doy mi permiso a la Región 7 ESC Head Start/Temprano para compartir información de mi archivo (incluyendo información de elegibilidad) con otros proveedores de servicios humanos.

_____ Estoy de acuerdo en participar en el proceso de Acuerdo de Asociación de la Familia con el personal de Head Start/Temprano.

Yo entiendo que la ley del estado otorga a la Región 7 ESC inmunidad contra demandas o cargos por lesiones personales mientras está bajo el control y jurisdicción de ESC.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Firma de la Promotora/Trabajadora Social de las Familias: _____

Fecha: _____

“El Centro de Servicio para la Educación de la Región 7 está comprometido al éxito del estudiante proporcionando servicios de calidad que cumplen o superan las expectativas de nuestros clientes”

Created: 04/10/2007

Reviewed: 1/08/2018

Revised: 3/20/2015