



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

1909 North Longview Street
 Kilgore, Texas 75662
 (903) 988-6700
<http://www.esc7.net>

CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION
CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACION CONFIDENCIAL

Name / Nombre: _____ DOB / Fecha de Nacimiento: _____

We are asking that you authorize the persons or agencies named below to release/request specified records containing confidential information regarding the above-named individual. *Estamos pidiendo que se autoriza a las personas o entidades mencionadas a continuación para liberar/solicitar registros específicos que contienen información confidencial sobre el individuo mencionado anteriormente.*

Release Information TO: / Proporcionar Información A:		Request Information FROM:/Solicitar Información DE:	
Region 7 ESC Early Head Start <i>Head Start Temprano Región 7 ESC</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Place a check beside the appropriate box <i>Por favor marque al lado del cuadro apropiado</i>	
Agency / Person <i>Agencia/Persona</i> Early Head Start Nurse/Enfermera de Head Start Temprano	<input type="checkbox"/>	Physician/Clinic / Médico/Clinica	
Mailing Address / Dirección de Correo Region 7 ESC Early Head Start 1909 North Longview Street	<input type="checkbox"/>	Dentist/Clinic / Dentista/Clinica	
City/ State/Zip Code <i>Ciudad/Estado/Código Postal</i> Kilgore, Texas 75662	<input type="checkbox"/>	WIC	
Phone/Fax / Teléfono/Fax (903) 988-7656 / (903) 988-6945	<input type="checkbox"/>	Other Agency / Otra Agencia	
RECORDS TO BE RELEASED/REQUESTED ARCHIVOS PARA SER PROPORCIONADOS/ SOLICITADOS			
<input type="checkbox"/> Obstetrical records including initial examination / Registros obstétricos incluyendo examen inicial <input type="checkbox"/> Obstetrical follow-up/treatment / Seguimiento de obstétrica/tratamiento <input type="checkbox"/> Laboratory findings / Resultados del laboratorio <input type="checkbox"/> Dental, most recent exam / Examen dental, más reciente <input type="checkbox"/> Dental follow-up/treatment / Seguimiento dental/tratamiento <input type="checkbox"/> Social Services / Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Other (specify) / Otro (especifique)			

+For more information please call / Para más información por favor llame a:

_____ at/al _____
Early Head Start Nurse / Enfermera de Head Start Temprano *Phone Number / Número de Teléfono*

I have been fully informed and understand Early/Head Start's request for my consent, as described above. This information will be released/requested upon receipt of my written consent. I also understand that my consent is voluntary and may be revoked at any time. *Yo he sido completamente informado y entiendo la petición de Head Start/Temprano de mi consentimiento, como se describe arriba. Esta información será proporcionada/solicitada al recibir mi consentimiento escrito. Yo también entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.*

Parent/Guardian Signature / Firma del Padre/Tutor **Date / Fecha**