



DOÑA ANA COUNTY HEAD START PARENT/GUARDIAN PERMISSION TO REVEAL OR OBTAIN CONFIDENTIAL INFORMATION

I, _____, give the Doña Ana County Head Start Program
(Print Name)
consent to obtain from or give to the following agencies and/or persons pertinent social, medical or other
information about _____

(Print Name of Child)

for whom I am legally responsible. In granting such permission, I understand that such information will
remain confidential and that such information will be used for the benefit of the child named above. This
consent is valid for one year after the date signed.

Name of Agency or Health Care Provider: _____

Address: _____

City/State/Zip Code: _____

Phone Number: _____ **Fax Number:** _____

I release Doña Ana County Head Start and it's staff from any legal liability for disclosing or acquiring
information which I have permitted by signing this form.

I also release the above-named persons and/or agencies from any legal liability for giving information to
Doña Ana County Head Start for the period stated above.

(Signature of Parent/Guardian)

(Date)

I have explained to _____ the purpose of this release and
(Print Name of Parent/Guardian)
the disclosure which might reasonably be anticipated.

(Signature of Head Start Staff)

(Date)

In becoming familiar with the child's health/nutritional background, we found that the child has/had some
concerns. In order to assist this child in maximizing his/her educational development as well as making
our teacher aware of the child's health/nutrition condition, we are requesting a copy of the following:

Please mail to: Health/Nutrition Specialist
Doña Ana County Head Start
2540 El Paseo Suite B
Las Cruces, NM 88005
Or Fax to: (575) 647-8734

**DOÑA ANA COUNTY HEAD START
PERMISO PARA DAR U OBTENER INFORMACION
CONFIDENCIAL**

Yo, _____, doy mi consentimiento al Programa Doña Ana
(Nombre de Padre/Madre/Tutor)

County Head Start para obtener o dar información a las agencias o personas mencionadas abajo ya sea social, médica u otra de mi hijo/a _____

(Nombre de niño/a)

de quien soy legalmente responsable. Al otorgar este permiso entiendo que la información obtenida permanecerá confidencial y que será usada en beneficio del niño/a antes mencionado. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha en que fue firmado.

Nombre de la Agencia/Persona: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Nombre de Teléfono: _____ **Número de Fax:** _____

Yo quito todo cargo legal de Doña Ana County Head Start y su personal, por revelar o adquirir la información la cual permití al firmar esta forma.

También quito toda responsabilidad legal de las personas y/o agencias antes mencionadas por dar información a Doña Ana County Head Start por el período de tiempo dicho anteriormente.

(Firma del Padre/Madre/Tutor)

(Fecha)

Yo he explicado a _____ el propósito de este documento y su
(Nombre del Padre/Madre/Tutor)
contenido, cuya información posiblemente sea revelada.

(Firma del representante de DACHS)

(Fecha)

Al familiarizarnos con el estado médico y mental del niño/a, nos dimos cuenta de algunos detalles que nos preocupan. Para poder ayudar a este niño/a a su máximo desarrollo educacional, de igual manera permitir que nuestra maestra esté al tanto de su condición física, le pedimos copia de lo siguiente:

Please mail to: Health/Nutrition Specialist
Doña Ana County Head Start
2540 El Paseo Suite B
Las Cruces, NM 88005
Or Fax to: (575) 647-8734