

**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)
disclosure.

(Signature of Head Start Staff) _____ (Date)

In requesting this information we will be able to better meet the needs of the child.

Please mail to: Disability/Transition Specialist
 Doña Ana County Head Start
 P. O. Box 30001 MSC 3R
 Las Cruces, NM 88003

Or Fax to: (505) 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.

(Firma del representante de DACHS) (Fecha)

Al obtener la información podremos beneficiar al niño/a dentro de sus necesidades.

Please mail to: Disabilities/Transition Specialist
Doña Ana County Head Start
P. O. Box 30001 MSC 3R
Las Cruces, NM 88003
Or Fax to: (505) 647-8734