

**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 its 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 Specialist
Doña Ana County Head Start
P.O. Box 30001, MSC 3R
Las Cruces, NM 88003
Or Fax to: (575)646-3047

**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 periodo de tiempo dicho anteriormente.

(Firma del Padre/Madre/Tutor)

(Fecha)

Yo he explicado a _____ el propósito de este documento y su
contenido.

(Firma del representante de DACHS)

(Fecha)

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

Please mail to: Disability Specialist
Doña Ana County Head Start
P.O. Box 30001, MSC 3R
Las Cruces, NM 88003
Or Fax to: (575)646-3047