

**CHILD DEVELOPMENT SERVICES OF OTTAWA COUNTY
AUTHORIZATIONS AND RELEASES
AUTORIZACIONES DE PADRE/GUARDIÁN PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN**

CONSENTS FOR SCREENINGS AND EVALUATIONS: INITIALS
CONSENTIMIENTOS PARA EXAMENES Y EVALUACIONES: INICIALES

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> VISION/ VISTA | _____ |
| <input type="checkbox"/> HEARING/ OÍDO | _____ |
| <input type="checkbox"/> LEAD SCREENING/EXAMEN DE PLOMO | _____ |
| <input type="checkbox"/> HEMOGLOBIN/HEMATOCRIT/HEMOGLOBINA/HEMATOCRITO | _____ |
| <input type="checkbox"/> BLOOD PRESSURE/TENSIÓN ARTERIAL | _____ |
| <input type="checkbox"/> DENTAL | _____ |
| <input type="checkbox"/> MENTAL HEALTH OBSERVATION/
OBSERVACIÓN DE SALUD MENTAL | _____ |
| <input type="checkbox"/> SPEECH SCREENINGS/EXAMEN DE HABLA | _____ |
| <input type="checkbox"/> DEVELOPMENTAL SCREENINGS/EXAMEN DE DESARROLLO | _____ |

**PARENT/GUARDIAN CONSENT TO OBTAIN/EXCHANGE CONFIDENTIAL INFORMATION/
CONSENTIMIENTO DE PADRE/GUARDIÁN PARA OBTENER/INTERCAMBIAR INFORMACIÓN
CONFIDENCIAL**

I give Child Development Services of Ottawa County, permission to obtain from or give to, any relevant agency or person including (doctors, nurses, dentists, WIC, DHS, Health Departments, Schools, Mental Health Agencies, hospitals, medical insurance companies), pertinent social, medical, dental, mental health, educational and other information about:

_____, _____, for whom I am legally responsible.
(Child's Name) (Date of Birth)

In granting consent, I understand that such information will remain private/confidential, and such information will be used to give the above named child the best professional service.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Physical Exam Records | <input type="checkbox"/> Family Case Information | <input type="checkbox"/> Dental Records |
| <input type="checkbox"/> Medical Records | <input type="checkbox"/> Laboratory Results | <input type="checkbox"/> School Records |
| <input type="checkbox"/> Professional Observations
& Assessment Results | <input type="checkbox"/> Preschool Screenings &
Assessment Results | |

Yo doy a Child Development Services of Ottawa County, permiso para obtener o dar a cualquier pertinente agencia o persona incluyendo (médicos, enfermeros, dentistas, WIC, DHS, Departamentos de Salud, Escuelas, Agencias de Salud Mental, hospitales, compañías de seguros médicos), pertinente social, médico, dental, salud mental, educativo y otra información sobre:

_____, _____, por quien soy legalmente responsable.
(Nombre de Niño(a)) (Fecha de Nacimiento)

A conceder el consentimiento, yo entiendo que tal información se quedará privada/confidencial, y tal información será utilizado para dar al niño(a) nombrado arriba el mejor servicio profesional.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de Examen Físico | <input type="checkbox"/> Información de Caso de Familia | <input type="checkbox"/> Registros Dentales |
| <input type="checkbox"/> Registros Médicos | <input type="checkbox"/> Resultados Laboratorios | <input type="checkbox"/> Registros de Escuela |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Observaciones
Profesionales Y Evaluación | <input type="checkbox"/> Resultados de Examen Preescolar
Y Evaluación | |

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Firma de Padre/Guardián Fecha

Staff Signature: _____ Date: _____

Firma de Personal

Fecha

**OTHER PERMISSIONS: (Please Check for Permission)/
OTROS PERMISOS: (Por Favor Marque para Permiso)**

- Photograph/video my child for program purposes only.
Fotografiar/video mi niño (a) solamente para propósitos del programa.
- Photograph/video my child and use the photos/video for publicity purposes.
Fotografiar/video mi niño (a) y utilice los fotos/video para propósitos de la publicidad.
- My child may participate in special holiday and birthday activities.
Mi niño (a) puede participar en las actividades especiales de fiestas y cumpleaños.
- Pre-approved sunscreen and bug spray may be applied to my child.
Crema protectora del sol pre-aprobada puede ser aplicada a mi niño (a).
- If my child is to be released to someone other than listed, I will notify the teacher AND send a written signed and dated note.
Si mi niño (a) debe ser entregado (a) a alguien no listo, yo le notificaré a la maestra (o) Y mandaré una nota escrita, firmada, y fechada.
- I will respect the confidentiality of all children and families participating in Head Start/Day Care at all times.
Yo respetaré la confidencialidad de todos los niños y familias que participan en Head Start/Day Care en todo tiempo.
- I understand that CDS will utilize positive methods of discipline, which encourage self-control, self-direction and self-esteem. Non-severe discipline or restraint may be used when reasonably necessary based on a child's development, to prevent a child from hurting him/herself, others or property.
Yo entiendo que CDS utilizará métodos positivos de la disciplina, cual alenté autocontrol, auto dirección, y autoestima. La disciplina o restricción no severas se pueden utilizar cuando sea razonablemente necesario basado en el desarrollo del niño (a) para prevenir a un niño (a) de hacerse daño a si mismo, a otros, o propiedad.
- Keep copies of Birth Certificate, Immunization Card and Insurance Card
Mantener copias de Certificado de Nacimiento, Tarjeta de Inmunización, y Tarjeta de Seguro
- I have received a copy of the CDS Parent Handbook/
He recibido una copia del Manual de Padre de CDS**

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
Firma de Padre/Guardián Fecha

Staff Signature: _____ Date: _____
Firma de Personal Fecha

**Any changes to the above must be made in person by the parent/guardian.
Cualquier cambio a lo de arriba debe ser hecho en persona por el padre/guardián.**

This Release of Information shall terminate 12 months following my child's completion of this program. Este Permiso de Entrega de Información terminará 12 meses después que mi niño(a) termine este programa.