

조기 개입 - 정보/기록 공유 허가서

아동 이름: _____
 아동 주소: _____
 아동 생년월일: _____
 아동 Social Security 번호: _____
 부모 이름: _____



저는 하단의 개인 또는 에이전시에게 조기 개입 진단, 평가, 서비스를 위하여 제 자녀 그리고/또는 가족에 대한 정보를 공유할 수 있도록 허락합니다. 저는 이 정보가 사적이며 조기 개입 서비스를 제공하는데 사용되어지게 될 것을 인지합니다. 저는 제 허락이 자발적이며 하단의 명시된 개인이나 에이전시 누구를 막론하고 어느 때나 거절할 수 있음을 인지합니다.

정보 공유 허가된 개인 또는 에이전시:

정보 공유 허가된 개인 또는 에이전시:

이름:
 주소:
 전화: 팩스:

이름:
 주소:
 전화: 팩스:

정보 보내야 할 곳:

정보 보내야 할 곳:

이름:
 주소:
 전화: 팩스:

이름:
 주소:
 전화: 팩스:

다음과 같은 정보는 공유할 수 있습니다:

- 심사/첫 예약시 정보/CF 추천
- 적격 진단/평가 리포트
- IFSP 들 (개별화 가족 서비스 계획들)
- EI (조기 개입) 서비스 진행 상황 노트들
- 지속되는 진단/평가 리포트들

보건/의료 진찰 기록 (하단에 명시):

그 외:

상단의 정보는 사전에 부모의 허락서 없이 상단의 나열되지 않은 개인이나 에이전시와 공유하지 않을 것입니다. 이 허가 양식의 사본은 원본과 동일하게 간주 될 것입니다.

부모 서명:
 싸인한 날짜:

공유 허가서의 만기 날짜 (만일 부모가 날짜를 지정하기로 선택시)