

# Formulario de Permiso de los Padres para Servicios del Equipo CDCI CARES y Consentimiento para la Divulgación de Información Personalmente Identificable

Soy el padre o tutor legal de:



Doy permiso para que el equipo escolar y la escuela de mi hijo/a:

* Para solicitar y recibir servicios de consulta del Equipo CDCI CARES y personal relacionado de UVM para apoyar la planificación e implementación del programa escolar de mi hijo/a.
* Para intercambiar información de los expedientes educativos de mi hijo/a con el equipo de CDCI CARES para su uso durante la consulta y planificación relacionada e implementación del IEP. Además, doy mi consentimiento para que el equipo CDCI CARES y personal relacionado de UVM compartan información con el equipo educativo de mi hijo/a.

Entiendo que:

* Los servicios del Equipo CDCI CARES pueden incluir tales servicios como observación de mi hijo/a en sus entornos educativos (incluyendo el hogar, si mi hijo/a está recibiendo servicios de adaptación IEP/504 allí), participación en reuniones del equipo, hablar conmigo y el personal escolar y los proveedores de servicios sobre las necesidades de mi hijo/a, y proporcionar entrenamiento y/o recomendaciones.
* Estos servicios son gratuitos para mi familia.
* El Equipo CDCI CARES respetará los requisitos de confidencialidad.
* Los servicios del Equipo CDCI CARES continuarán de forma permanente, a menos que el Equipo CDCI CARES/distrito escolar ya no solicite la consulta de DHHDB consultation o si revoco el consentimiento para los servicios del Equipo CDCI CARES.
* Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento en el futuro si ya no deseo que el Equipo CDCI CARES haga consultas con respecto a la programación educativa de mi hijo/a.

Firma de Padre/Tutor:

Fecha:

Nombre de Padre/Tutor en letra de molde: 

Idioma que se usa en el hogar: 

Nombre del Niño/a: 

Distrito Escolar/Nombre de la Escuela: 

# Consentimientos Adicionales

## Fotografías y grabaciones para el Uso del Equipo.

Doy mi consentimiento para que el Equipo CDCI CARES y la escuela de mi hijo/a para tomar fotografías, grabaciones, audio y/o video de mi hijo/a para ayudar en la determinación y proporcionar recomendaciones para acceso a comunicación educacional e implementación de de las adaptaciones recomendadas. Estos elementos se compartirán solamente con miembros del Equipo de CDCI CARES y miembros del equipo escolar que participan en la planificación y/o implementación en la programación de mi hijo/a.

Fecha: Firma de Padre/Tutor

## Uso de correo electrónico.

Autorizo el uso de correo electrónico para correspondencia confidencial entre el Equipo CDCI CARES, miembros del equipo escolar y yo.

Fecha: Firma de Padre/Tutor

## Consentimiento para la Divulgación de Información Médica y/o Terceros

Para ayudar al Equipo CDCI CARES y el equipo educativo de la escuela de mi hijo/a en la planificación e implementación de servicios para mi hijo/a, autorizo al Equipo CDCI CARES y al equipo escolar de mi hijo/a a divulgar expedientes académicos e información sobre mi hijo/a a los individuos, agencias u organizaciones mencionadas a continuación, y para los individuos/organizaciones mencionadas a continuación para divulgar información y/o expedientes sobre mi hijo/a al Equipo CDCI CARES y el equipo escolar.

Nombre del Niño/a

Nombre(s) de Persona, Agencia u Otros Terceros:



Firma de Padre o Tutor: Fecha:

## Dirección Postal del Equipo CDCI CARES:

CDCI CARES Team

c/o UVM Center on Disability & Community Inclusion 317 Mann Hall

208 Colchester Ave

Burlington VT 05405

## Información de contacto del Equipo CDCI CARES

Darren McIntyre, Co-Director (802) 656-1132

Valerie LeClair, Especialista de Recomendación (802) 656-7122

Correo electrónico: [cdcicares.team@uvm.edu](mailto:cdcicares.team@uvm.edu)

Fax Confidencial: (844) 775-7283