

## Consentimiento para Obtener y Compartir Información Confidencial y Filmar

San Francisco (SF) Inclusion Networks provee desarrollo profesional que apoya la inclusión de niños/as en la edad temprana con necesidades especiales y sus familias que participan en programas educativos y de atención temprana en la ciudad de San Francisco. Un entrenador de SF Inclusion Networks está trabajando con las maestras del programa educativo de su hijo/a para ayudarlas en el proceso enseñanza/aprendizaje y dar apoyo a todos los niños/as en sus salones.

Para que podamos ayudar a los docentes, SF Inclusion Networks tiene a bien solicitar su consentimiento por escrito para recibir y compartir información sobre su hijo/a con las maestras y los miembros del equipo de SF Inclusion Networks.

Solicitamos además su consentimiento para filmar a su hijo/a junto a sus compañeros de clases para compartir con los miembros del equipo de SF Inclusion Networks, tales como terapeuta ocupacional y del lenguaje, para recibir su opinión profesional y recomendaciones.

Información del niño/familia:

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Niño: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código de Área: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Al inicialar, doy permiso al equipo de SF Inclusion Networks a obtener y compartir información sobre mi hijo/a con:

\_\_\_\_ Maestras en el programa educativo de mi hijo/a

\_\_\_\_ El equipo de trabajo en SF Inclusion Networks

\_\_\_\_ Otros miembros de SF Inclusion Networks (Nombre) \_\_\_\_\_

Este permiso es válido por un año desde la fecha de mi firma.

ENTIENDO QUE:

\_\_\_\_ La información puede ser adquirida vía grabación de video de mi hijo/a junto a sus compañeros de clases

\_\_\_\_ Una copia de este formulario es igual de válida como la original

\_\_\_\_ Puedo anular este permiso en cualquier momento con solo escribir una nota al administrador del programa educativo de mi hijo/a

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ **Solicito una copia de este acuerdo (inicialar si se solicita)**