

Condado de Fairfax
Oficina de Niños

Programa Iniciativa Pre-Escolar de Virginia

Forma de consentimiento y autorización

Por este medio, autorizo a la Oficina para Niños de Virginia, Programa de Iniciativa Pre-escolar a:

- Proporcionar a mi hijo(a): Desarrollo, educación, audición, visión, odontología, salud mental y chequeos de nutrición en caso sea necesario.
- Recibir información del programa de iniciativa temprana en relación a la elegibilidad, salud, educación e información de emergencia de mi hijo(a).
- Mantener expedientes y resultados de los chequeos de mi hijo(a).
- Tomar fotografías y videos de mi hijo(a) y usar las fotos para realzar el currículo del programa y representar el programa en los folletos y/p volantes.

La oficina para Niños, y el Programa de Iniciativa Pre-escolar usarán los expedientes y resultados de los chequeos en tanto se consideren necesarios para evaluar el progreso del desarrollo de mi hijo (a).

Yo entiendo que estos expedientes se mantendrán en confidencialidad por un periodo de hasta cinco años con el propósito de evaluar el éxito del programa. Yo Además entiendo que ninguno de los expedientes de mi hijo(a) y fotografías serán entregadas a ninguna persona, escuela o agencia no afiliada directamente con el programa sin mi autorización por escrito.

Nombre de Niño

Firma del Padre o Apoderado

Centro/Proveedor de Cuidado de Niños

Fecha

Fairfax County Department of Family Services
Office for Children

Virginia Preschool Initiative

Consent and Release Form

I hereby authorize the Office for Children Virginia Preschool Initiative Program to:

- Administer to my child: developmental, education, hearing, vision, dental, mental health, and nutrition screenings as needed
- Receive from the early childhood program my child's: eligibility, health, education, and emergency information,
- Maintain such records and screening results
- Photograph my child and/or videotape and to use those photographs to enhance program curriculum and to represent the program in brochures and/or fliers.

The Office for Children Virginia Preschool Initiative Program will use such records and screening results as it may deem necessary to evaluate the progress of my child's development.

I understand that these records will be kept confidentially for a period up to five years for the purpose of evaluating the success of the program. I understand further that none of my child's records or photographs will be released to any individual, school, or agency not directly affiliated with the program without my written consent.

Name of child

Signature of Parent or Guardian

Center/Family Child Care Provider

Date