



Children's Home Network • 3450 Buschwood Park Dr Suite #195, Tampa, FL 33618 • www.childrenshomenetwork.org
 Phone: 901-3439 • FAX: 882-3689

		Número del Estudiante:
Nombre del Niño/a:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza:	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Africana-Americana <input type="checkbox"/> India Americana/ Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hawaiana/Islas Pacíficas	
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No-Hispana	
Fecha de Nacimiento:	/ /	Grado:

Información de padre/madre/guardián legal

Nombre:	Teléfono de casa: ()
Relación con el niño/a:	Teléfono de trabajo: ()
Dirección:	Otro teléfono: ()
Ciudad:	Idioma preferido:
Código postal:	Correo electrónico:

Contacto alternativo

Nombre:	Relación con el niño/a:
Teléfono de casa: ()	Otro teléfono: ()

Información del referido

Nombre:	Título:
Teléfono: ()	Agencia/Escuela:

Información Escolar

Escuela/Guardería:	Maestro/a:
Anteriormente referido a: <input type="checkbox"/> Early Steps <input type="checkbox"/> Child Find	Grado:

Breve descripción de la razón de la solicitud

--

Acuerdo de solicitud- Por favor firmar la sección del guardián legal o la del que refiere.

ENTRANDO MI NOMBRE EN EL CUADRO DEBAJO Y SOMETIENDO ESTA SOLICITUD, RECONOZCO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LAS CONDICIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE

Seleccione si está de acuerdo: Afirmo que los datos en esta solicitud son de mi mejor conocimiento, verdaderos y completos. Yo doy permiso al Children's Home Network y sus representantes de llamar al padre/guardián legal del niño/a que se registró en esta solicitud con la intención de recibir servicios del programa SEEDS.

Negación de responsabilidad: Por favor envíe una copia del reporte escolar más reciente de su hijo/a. Su solicitud puede ser retrasada si ésta no es legible o los documentos anteriormente mencionados no son presentados.

Firma del Padre/Madre/Guardián legal:	Fecha: / /
---------------------------------------	------------

Seleccione si está de acuerdo: Reconozco que YO no soy el padre/guardián legal del niño/a, que he hablado y recibido permiso del padre/guardián legal para someter esta solicitud con el programa SEEDS. Afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es, a lo mejor conocimiento, verdadera y completa.

Negación de responsabilidad: por favor llene y adjunte una copia del Hillsborough County Schools Authorization for Release of Records junto con una copia del reporte escolar más reciente. Su solicitud puede ser retrasada si ésta no es legible o los documentos anteriormente mencionados no son presentados.

Firma del que refiere:	Título:	Fecha: / /
------------------------	---------	------------



Consentimiento Informado para Perfeccionamiento Continuo de Calidad de Agencias Múltiples

El Programa SEEDS es un programa integrado y colaborativo de equipos del condado que prestan servicios a niños y familias en el Condado de Hillsborough, Florida. Está fundado mayormente por The Children’s Board del Condado de Hillsborough con fondos añadidos por el Sistema de las Escuelas Publicas del Condado de Hillsborough. Perfeccionamiento Continuo de Calidad, o CQI, es un enfoque hacia la gestión de calidad que construye sobre los métodos tradicionales de control de calidad enfatizando la organización y sistemas. Enfoca en el “proceso” y promueve la necesidad de datos objetivos para analizar y mejorar estos procesos.

Como agencia y programa, aseguramos que cada equipo sigue la póliza de las mejores prácticas y procedimiento en prestar servicios a las familias del Condado de Hillsborough. Con ese fin, The Children’s Board revisa las fichas regularmente. Adicionalmente, las fichas se revisa internamente por The Children’s Home Network Cada uno de los socios que revisa está vinculado por las leyes de HIPAA y no pueden divulgar ninguna información contenida en una ficha sin su consentimiento por escrito. Ninguna información sobre la ficha perteneciente a su familia puede ser copiada, reproducida, y/o remitida a otra persona sin su consentimiento por escrito.

Adicionalmente, información demográfica no identificada referente a su familia se entra en una base de datos mantenida por The Children’s Board del Condado de Hillsborough con el fin de medir los resultados del programa.

Con mi consentimiento escrito en ese documento, entiendo que las agencias mencionadas abajo, marcadas “si”, pueden revisar la ficha como parte de normas para las mejores prácticas de perfeccionamiento de calidad continua.

The Children’s Home Network.-SEEDS Program	Solo Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Children’s Board of Hillsborough County	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

El propósito de este consentimiento es: Perfeccionamiento Continuo de la Calidad

Doy mi consentimiento libremente y voluntariamente. Re-divulgación de esta información sin otro permiso por escrito de mi parte está prohibida por estatutos del estado y Regulaciones Federales.

Este consentimiento caducará pasado 1 año ó después de haber completado los servicios con el programa SEEDS. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que notifique al programa SEEDS por escrito. No obstante, tal revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada anteriormente.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

