



Haverhill Public Schools

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE HAVERHILL CONSENTEN EN COMPARTIR INFORMACIÓN CON LOS PROVEEDORES DE SALUD DE LA COMUNIDAD

Nombre del Estudiante: _____ D.O.B.: _____

Escuela: _____ Grado: _____

- Doy mi consentimiento para que las Escuelas Públicas de Haverhill comparten electrónicamente la información de referencia, incluyendo la de mi hijo(a):
 - Nombre, fecha de nacimiento, grado y escuela HPS a la que asiste mi hijo (a).
 - Información sobre las dificultades que está experimentando mi hijo que puede ser relevante para la remisión.
 -
 - Información sobre cómo contactarme, cuándo es mejor contactarme y mi idioma preferido, así como información sobre el seguro médico de mi hijo para que la agencia de salud mental pueda contactarme para comenzar los servicios.
- con "Beth Israel Lahey Health Behavioral Services" y "Family Services of the Merrimack Valley" y "St. Ann's Home" y "Sevita/Mentor South Bay" y "Cartwheel" y "Children's Family and Friend Services/JRI" para establecer servicios de salud mental para mi hijo.
- Consiento en quelas *las agencias de arriba* intercambien información con las escuelas públicas de Haverhill, tanto verbalmente como por escrito, sobre el estado de esta remisión para servicios de salud mental.
- Entiendo que puedo negarme a firmar (y puedo revocar) este consentimiento. Entiendo que las Escuelas Públicas de Haverhill no compartirán más información con los proveedores de la comunidad después de la fecha en que retire mi consentimiento.
- Entiendo que ni *las agencias de arriba* condicionarán mi tratamiento/servicios o el pago de mis facturas a mi decisión de firmar este formulario de consentimiento de remisión.
- Entiendo que *las agencias de arriba*, han acordado proteger la privacidad de esta información de acuerdo con las leyes estatales y federales de privacidad.
- Entiendo que, si lo solicito, recibiré una copia de este formulario firmado.
- He leído y aceptado los términos anteriores.

Firma del padre o guardián legal: _____ Firma del

Estudiante (si es mayor de 18 años): _____ Nombre del

Padre/Guardián Legal o Estudiante (si el estudiante es mayor de 18 años) [por favor imprima su nombre]:

Firma: _____ Fecha: _____