

## **Autorización para compartir resultados de evaluaciones del desarrollo con el Departamento de Salud de Vermont**

**Nombre del padre/de la madre/del tutor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Doy mi consentimiento para que [Practice/Agency Name] comparta un resumen de los resultados de las evaluaciones del desarrollo de mi hijo con el Departamento de Salud de Vermont. Comprendo que los resultados de mi hijo se agregarán al Registro estatal de evaluaciones del desarrollo en línea que ayuda a los proveedores de salud, educación y servicios comunitarios a compartir los resultados y la información de las pruebas. Se pueden incluir los resultados de cualquiera de estas cuatro herramientas de evaluación que se enumeran a continuación:

- **ASQ-3** – Cuestionarios de edades y etapas (tercera edición)
- **ASQ:SE-2** – Cuestionario de edades y etapas: social y emocional (segunda edición)
- **M-CHAT-R** – Lista de verificación modificada para el autismo en niños pequeños (revisada)
- **M-CHAT-R/F** – Lista de verificación modificada para el autismo en niños pequeños (revisión con seguimiento)

### **PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN**

La identificación temprana de las inquietudes relacionadas con el desarrollo ayuda a los niños y a las familias a obtener el apoyo que necesitan. Los proveedores de atención médica y de otro tipo utilizan la información referente a las evaluaciones del desarrollo para conectar a las familias con servicios útiles.

### **Lo que entiendo:**

- Entiendo por qué me solicitan autorizar la divulgación de los resultados de la evaluación del desarrollo de mi hijo. Entiendo que los resultados de las evaluaciones se incluirán en el Registro de evaluaciones del desarrollo.
- Entiendo que firmar esta autorización es voluntario.
- Entiendo que no tengo que dar mi consentimiento para la divulgación de esta información. No es necesario que autorice esta divulgación para recibir los resultados de la evaluación de mi hijo ni para que estos se compartan con proveedores de atención médica.
- Puedo cambiar de opinión y cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la información compartida antes de la revocación permanecerá en el Registro de evaluaciones del desarrollo.
- Si deseo revocar mi consentimiento, debo hacerlo por escrito y enviarlo a [Provider Address].
- A menos que revoque esta autorización, la misma permanecerá vigente hasta que mi hijo cumpla seis años de edad.
- Puedo solicitar una copia de esta autorización, que puede estar disponible en formato electrónico.
- Una copia firmada de este formulario tiene la misma validez que el original.

**Firma del padre/de la madre/del tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_