



Consentimiento para nuestro servicio

El Centro para la Educación de Personas Sordas y con Problemas de Audición ha obtenido una unidad móvil como una vía para la divulgación en todo el estado. La misión del Centro es *promover resultados positivos para todos los niños sordos e hipoacúsicos a través de la información, los servicios y la educación*. Nuestra unidad móvil viajará por todo el estado para proporcionar asistencia a los profesionales locales y servicio a las familias para alcanzar nuestra visión del Centro de que los niños sordos y con dificultades auditivas tengan recursos y apoyo para alcanzar su máximo potencial.

Los servicios de la unidad móvil pueden incluir servicios audiológicos de detección, diagnóstico y tratamiento. Su hijo puede recibir pruebas y/o mantenimiento de los dispositivos de amplificación. Otros servicios pueden incluir la observación del niño en la sala de clase y/o la evaluación de la comunicación, el lenguaje y las habilidades educativas. Cuando sea beneficioso para las necesidades a largo plazo de su hijo, se pueden hacer referencias a proveedores locales para recibir asistencia continua. El tiempo durante nuestras visitas se puede utilizar para consultar con los padres/tutores, el niño y los proveedores de servicios continuos.

Las notas e informes relacionados con estos servicios se mantendrán en los registros del niño dentro del Departamento de Salud de Indiana, Centro de Educación para Sordos y Problemas de Audición.

Si tiene alguna pregunta sobre la unidad móvil del Centro de Educación para Sordos y Problemas de Audición, póngase en contacto con Bethany Colson, directora ejecutiva del Centro al bcolson@health.in.gov o al 317-232-0998.

Nombre del niño/ niña: Segundo nombre Apellido(s), fecha de nacimiento

Yo, _____, (relación con el niño: _____) doy mi consentimiento para que el Centro de Educación para Sordos y Problemas de Audición.

Obtenga los registros de mi hijo, comparta los registros del CDHHE y mantenga conversaciones con profesionales de _____. Además, doy mi consentimiento para que el Centro de Educación para Sordos y Problemas de Audición. brinde los servicios mencionados anteriormente a mi hijo a través de su unidad móvil.

He leído y entiendo el contenido de este formulario de permiso para el servicio. Entiendo que la información y los informes obtenidos de los servicios prestados durante las visitas a la Unidad Móvil del Centro de Educación para Sordos y Problemas de Audición. pasarán a formar parte de los registros del Centro de mi hijo. La información puede incluir, entre otros, audiología y otros informes de evaluación. Los registros están sujetos a las regulaciones impuestas por la Ley de Derechos de Educación y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) de 1974 (Ley Pública 93-380) y por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Este consentimiento es efectivo desde la fecha de mi firma en este formulario hasta que solicite que se revoque este consentimiento o hasta la siguiente fecha o evento _____. Este consentimiento está sujeto a revocación por mi parte en cualquier momento, si lo hago por escrito. Sin embargo, la revocación de este consentimiento no afectará a los servicios prestados ni a la información obtenida con anterioridad a la revocación.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS CONDICIONES DE ESTE FORMULARIO.

Firma del padre/tutor legal

Fecha