

Autorización Para Compartir Información Confidencial con Primeros 5 del Condado de San Mateo Evaluación Mírame Crecer

Autorización Para usar su Información de Salud para Propósitos de Investigación

Su información de salud y la de su hijo/a es privada, por lo tanto, no puede ser usada en estudios de investigación sin su autorización por escrito. Al firmar este formulario, usted está dando autorización para compartir su información y la de su hijo/a con Primeros 5 del Condado de San Mateo (F5SMC) Proyecto Mirame Crecer (WMG), sus socios comunitarios, y el proveedor de ayuda técnica y de evaluación, SRI International (SRI). El propósito de este formulario es para informarle cómo será usada o divulgada su información de salud y la de su hijo/a en este estudio. Su información y la de su hijo/a sólo será usada de acuerdo con los formularios de autorización y consentimiento y como se requiere o permite según la ley. Por favor lea el formulario detenidamente antes de firmarlo.

¿Cuál es el propósito de este estudio de investigación y cómo se usará su información de salud en este estudio?

El Proyecto WMG y sus socios comunitarios están mejorando el sistema de servicio de desarrollo temprano juvenil que (1) identifican a bebés, niños y niñas de edad pre-escolar de manera proactiva con, o con riesgo de, una necesidad especial y (2) proporcionar servicios completos e individualizados en conjunto con las familias. El Proyecto WMG y sus socios comunitarios colaborarán con agencias de la comunidad (por ejemplo, escuelas, centros regionales, agencias del condado) para asegurar que las evaluaciones y los servicios dados son completos y de la más alta calidad. Además, el Proyecto WMG y sus socios comunitarios llenarán los huecos en cuanto a cómo se proporcionan los servicios a la comunidad, evaluaciones, ayuda de enlace y servicios directos cuando, de otra manera, no están disponibles. El Proyecto WMG, en colaboración con SRI, está llevando a cabo este estudio de investigación para identificar los elementos más efectivos del Proyecto WMG para ayudar al desarrollo temprano de niños y para determinar cómo elementos adicionales pueden ser mejorados para llenar las necesidades de niños y familias con incapacidades y otras necesidades especiales en el Condado de San Mateo. “First 5 California” y evaluadores y personal usarán su información, sin nombres ni ninguna otra información que lo identifique, para conocer qué actividades y programas son los más útiles para niños y familias con necesidades especiales.

¿Tiene usted que firmar el formulario de autorización?

Usted no tiene que firmar este formulario de autorización. Esta autorización es voluntaria, usted puede decidir no firmarla, y usted y su hijo/a de todas maneras

Autorización Para Compartir Información Confidencial con Primeros 5 del Condado de San Mateo Evaluación Mírame Crecer

recibirán evaluaciones y otros servicios del Proyecto WMG. Si usted no firma el formulario, su información y la de su hijo/a no será usada en este estudio.

¿Si usted firma este formulario, puede revocar o retirarlo del estudio más tarde?

Si usted decide participar, en cualquier momento puede retirar su autorización en cuanto al uso y divulgación de su información de salud y la de su hijo/a (y terminar cualquiera otra participación en el estudio). Después de cualquier revocación, su información y la de su hijo/a ya no será usada o divulgada en el estudio salvo en la medida en que la ley nos permita continuar usando su información (por ejemplo, la necesidad de mantener la integridad de la investigación). Si desea revocar su autorización para el uso o divulgación de su información de salud y la de su hijo/a en este estudio, debe de hacerlo por escrito a First 5 San Mateo County, c/o WMG Project, 1700 South El Camino Real, Suite 405, San Mateo, CA 94402.

¿Qué información personal será usada o divulgada?

Su información de salud y la de su hijo/a relacionada con este estudio, incluyendo, pero no limitada a: información de entrevista, evaluación, servicio, y valoración, y en cuanto a la salud de su hijo/a, desarrollo y experiencias en el aprendizaje, podrán ser usadas o divulgadas en conexión con este estudio de investigación.

¿Quién puede usar o reveler la información?

Los siguientes grupos están autorizados a usar o divulgar su información de salud en conexión con este estudio de investigación:

Jewish Family and Children's Services, Child Care Coordinating Council, Children's Health Initiative, Commission on Disabilities, Community Gatepath, The County of San Mateo Health Department: Family Health Services, First 5 San Mateo County, Stanford University Gardner Center, Golden Gate Regional Center, Health Plan of San Mateo, Institute for Human and Social Development Head Start/Early Head Start, Legal Aid Society, Lucile Packard Children's Hospital, San Mateo County Office of Education, South San Francisco Unified School District, United Cerebral Palsy, Blind Babies Foundation, Parca, Youth and Family Enrichment Services, Community Association for Rehabilitation, San Mateo Medical Center, Human Service Agency, y su proveedor médico principal.

¿Quién puede recibir o usar la información?

Los siguientes grupos pueden recibir o usar su información de salud en conexión con este estudio de investigación:

Autorización Para Compartir Información Confidencial con Primeros 5 del Condado de San Mateo Evaluación Mírame Crecer

Jewish Family and Children's Services, Child Care Coordinating Council, Children's Health Initiative, Commission on Disabilities, Community Gatepath, The County of San Mateo Health Department: Family Health Services, First 5 San Mateo County, Stanford University Gardner Center, Golden Gate Regional Center, Health Plan of San Mateo, Institute for Human and Social Development Head Start/Early Head Start, Legal Aid Society, Lucile Packard Children's Hospital, San Mateo County Office of Education, South San Francisco Unified School District, United Cerebral Palsy, Blind Babies Foundation, Parca, Youth and Family Enrichment Services, Community Association for Rehabilitation, San Mateo Medical Center, Human Service Agency, y su proveedor médico principal.

Su información puede ser redivulgada por los destinatarios mencionados anteriormente, si es que no están requeridos por ley a proteger la privacidad de la información.

¿Cuándo vencerá mi autorización?

Su autorización para el uso y /o divulgación de la información de salud de usted y su hijo/a y el desarrollo de su hijo/a vencerá a los 10 años después de la fecha en que usted firma este formulario.

Su firma indica que usted ha leído y ha entendido la información anterior y que usted autoriza al Proyecto WMG a usar, divulgar y hacer pública su información de salud y la de su hijo/a tal como se describe.

Nombre del Niño(a)	Nombre de pila	Apellido
--------------------	----------------	----------

Nombre del Niño(a)	Nombre de pila	Apellido
--------------------	----------------	----------

Firma del Participante	Fecha
------------------------	-------

Parentesco con el/la Niño/a

Firma del representante legalmente autorizado