

Autorizacion de Padres para Procedimientos de Salud Y Desarrollo
PACT for West Central Illinois

Nombre del Niñ: _____

Area#: _____

Varios procedimientos de la salud y del desarrollo seran administrados en niño en el Programa de PACT. Estos se pueden terminar por el personal de PACT, el acuerdo con otras agencias, o su propio medico.

Esos terminados por un acuerdo con otras agencias (como exámenes dentales y revisions de la vista y de los oidos) tendran permiso individual firmado por los padres como ocurren.

PACT obtendra los resultados de las revisiones terminadas por el medico, por los padres que someten formas a PACT o por el personal que obtiene un permiso especifico de los padres. El personal de PACT tiene mi permiso de terminar revisiones del desarrollo y de vista/oidos en mi niño. El personal de PACT explicara todas las revisiones y compartira los resultados con los padres.

PACT guardara una copia de los resultados de las revisiones de la salud y del desarrollo para el proposito de: 1) identificando cuidado preventivo y correctivo necesario, 2) arreglando por tal cuidado, y 3) proveendo un programa educativo satisfecho al niño individual.

Firma del Padre/Guardia: _____

Fecha: _____