

**PRESCHOOL SERVICES DEPARTMENT  
OF SAN BERNARDINO COUNTY  
662 S. Tippecanoe Ave  
San Bernardino, California, 92415-0630  
(909) 383-2050**

**Home Visitation Initiative (Iniciativa de visita al hogar)  
PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACION**

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Centro:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

Le concedo al Departamento de Servicios Preescolar del Condado de San Bernardino permiso para obtener o dar a las siguientes personas o agencias información médica, de desarrollo, social u otra información pertinente a mi hijo. Yo entiendo que tal información se mantendrá confidencial de todas las otras personas y que tal información se usará solo para darle a mi hijo los mejores servicios profesionales disponibles.

Nombre de Agencias y/o Persona: (Incluir el nombre de la agencia, domicilio, y numero de teléfono)

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la agencia**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la agencia**

\_\_\_\_\_  
**Domicilio**

\_\_\_\_\_  
**Domicilio**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado/Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado/Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha Firmada**

**Este consentimiento permanecerá en efectivo por un año después de la fecha en que se firmó. Una copia de éste documento es tan válida como el original.**