

**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.