

Whole Child Manatee

Authorization to Release/Exchange Confidential Information

I hereby authorize Whole Child Manatee to engage in verbal or written communication regarding myself and/or my child(ren) with the agencies, programs and persons listed below. All pertinent records and information can be released between agencies as necessary. I am aware that this information will be treated as confidential except as specifically released herein and will be used in my and my child's best Interest to plan and provide coordination of care.

I acknowledge and understand that this program receives funding from Manatee County Government and that from time to time County representatives may request access to any or all Agency records relating to this program and/or the delivery of Its services for purposes of evaluating or monitoring the program or delivery of service. I further acknowledge and understand that any records provided to the County shall become public records, may be subject to any applicable state or federal exemptions, and be inspected by third persons.

Whole Child Manatee and the following checked (v) agencies and programs are authorized to obtain information from you or exchange information.

Manatee County Government Other: _____

Other: _____ Other: _____

I understand my rights regarding this consent. Information shall be maintained in a confidential manner in accordance with the professional guidelines of the parties named above. This release is valid for twelve (12) months from the date of signature. (Unless otherwise stipulated by parent/guardian).

The information provided is true and accurate to the best of my knowledge.

Parent/Guardian Name: _____

Address: _____

Name of Youngest Child: _____ Date of Birth: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Whole Child Manatee

Autorizacion para Liberar/Intercambiar Informacion Confidencial

Por la presente autorizo a Whole Child Manatee a participar en comunicaciones verbales o escritas con respecto a mi y/o mi(s) hijo(s) con las agencias, programas y personas que se enumeran a continuacion. Todos los registros e informaci3n pertinentes se pueden divulgar entre las agendas segun sea necesario. Soy consciente de que esta informaci3n se tratara como confidencial, excepto como se divulga especfficamente en este documento y se utilizara en beneficio de mi hijo y de mi{ para planificar y proporcionar la coordinacion de la atencion.

Reconozco y comprendo que este programa recibe fondos del Gobierno del Condado de Manatee y que de vez en cuando los representantes del Condado pueden solicitar el acceso a cualquiera o todos los registros de la Agenda relacionados con este programa y/o la prestacion de sus servicios con el fin de evaluar y/o monitorear el programa y/o entrega de servicio. Ademias, reconozco y comprendo que cualquier registro provisto al Condado se convertira en un registro publico, puede estar sujeto a las exenciones estatales o federales aplicables, y ser inspeccionado por terceros.

Whole Child Manatee y las siguientes agencias y programas marcados (v) est3n autorizados a obtener informaci3n suya o intercambiar informaci3n.

 v Manatee County Government

 Other: _____

 Other: _____

 Other: _____

Entiendo mis derechos con respecto a este consentimiento. La informaci3n se mantendra de manera confidencial de acuerdo con las directrices profesionales de las partes mencionadas anteriormente. Esta autorizaci3n es valida por doce (12) meses a partir de la fecha de la firma. (A menos que el padre/tutor lo estipule lo contrario).

La informaci3n proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender .

Nombre del Padre/Guardian: _____

Direcci3n: _____

Nombre del ni3o: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____