

Home Visiting & Doula Network

Parents Too Soon Pregnant & Parenting Program

Start Early
Illinois Department of Human Services
Illinois State Board of Education

Nombre de la participante: _____ ID# _____

Nombre de la Agencia: _____

Yo entiendo que mi participación en el programa es voluntaria y puede incluir el reunirme con visitantes del hogar, atender grupos para padres, y completar pruebas del desarrollo, pruebas del humor emocional, y cuestionarios sobre el ser padre.

Para que la agencia nombrada previamente pueda mejor servir, coordinar, y evaluar sus esfuerzos conmigo, yo autorizo que compartan la siguiente información de mis expedientes solamente con Start Early/Illinois Department of Human Services/Illinois State Board of Education/: 1) información de iniciación, incluyendo mi nombre; 2) información sobre el uso de servicios; 3) información sobre eventos de vida; 4) respuestas a toda prueba y todo cuestionario (incluyendo pruebas del desarrollo, pruebas del humor emocional, y cuestionarios sobre el ser padre).

Toda información que estoy dando será tratada con estricta confidencialidad para proteger mi privacidad y la de mi familia. Entiendo que mi información también podrá ser usada junto con información de todos participantes para: 1) evaluación del programa, 2) planeamiento para el programa, y 3) promoción del programa. Toda información sólo será dada en informes resumidos dirigidas a departamentos internos del Ounce, financiadores, o audiencias legislativas (políticas). Ningunos de estos informes me identificarán individualmente ni darán ninguna de mi información individual.

He sido informada que mi información será almacenada en archivos bajo llave, en archivos electrónicos protegidos con clave, o en archivos asegurados y protegidos con contraseña electrónicos en el sistema de información en línea del DataPoints. Solo Start Early/Illinois Department of Human Services/Illinois State Board of Education/ tendrá acceso a mi información por medio de reportes disponibles específicamente para su uso. Entiendo que en cualquier momento puedo preguntar sobre los métodos y tipos de información que será almacenada y que tengo el derecho de negar cualquiera de estos. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar y copiar información almacenada, que ninguna información será dada a otra persona u organización sin mi permiso por escrito, y que puedo retirar esta autorización por escrito en cualquier momento. Doy mi consentimiento y pido ser participante de la agencia nombrada previamente.

Start Early está comprometido a preservar derechos privados individuales en el internet. Start Early solo mantendrá su información personal por la cantidad de tiempo necesaria para los propósitos por las cuales fue reunida. Start Early usa tecnología de la más avanzada para mantener su información personal lo más seguro posible. Por favor déjenos saber si tiene cualquiera pregunta.

Home Visiting & Doula Network

Parents Too Soon Pregnant & Parenting Program

Start Early
Illinois Department of Human Services
Illinois State Board of Education

Consentimiento para Participar

Nombre del Participante: _____ ID# _____

Nombre de la Agencia: _____

Fecha: ____/____/____
(mes/día/año)

Firmada: _____
Participante

Por favor denos el nombre y la dirección de dos personas que sabrán como contactarla

Persona de Contacto #1 _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____
Correo electrónico _____
Número de teléfono _____

Persona de Contacto #2 _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____
Correo electrónico _____
Número de teléfono _____

Firma del Padre/Guardián de la Participante si es Menor de Edad
(Opcional dependiendo de la práctica de la agencia, no se requiere para evaluación)

Testigo (Nombre y Posición del Personal)