



Authorization for Participation and Release of Information

The *Get Ready to GROW* screening project provides early childhood screening for vision, hearing, dental, language, social, emotional, physical growth, and other developmental areas.

I give consent for Children's Institute - Get Ready to GROW staff, my child's center or home care staff, and affiliated site staff, including volunteers, to conduct direct or telehealth hearing, vision, language, speech, motor, cognitive, height and weight (BMI), social and emotional, dental, protective factors, adverse life events, and social determinants of health and education screenings of my child and family and provide recommendations and strategies that will support my child and our family.

Release screening results to health & education professionals: I authorize Children's Institute - Get Ready to GROW, to release the results of my child's screenings to my child's doctor, dentist, eye doctor, insurance company and, if applicable, childcare program or school district, Early Intervention, and other professionals that I have designated below. I authorize these same entities to release the results of my child's screenings and follow up consultation/services to Children's Institute and their selected data system partner(s) to facilitate my child's progress tracking, referral, and follow-up care.

Release de-identified results to project funders: I consent to the use of deidentify data for research or reports shared with grant funders of this project including, but not limited to: Finger Lakes Performing Provider System (FLPPS) and New York State Council on Children and Families. The deidentification process will remove children's or family's identifying information from any disaggregated data used for the purposes of reporting or research.

When applicable, a representative of GROW or partnering agency will meet with me to discuss my child's progress, make recommendations, and provide information regarding programs and resources available in the community. I understand the information obtained from this screening process is an initial step to meeting my child's needs and does not take the place of a professional examination.

When needed, I understand that it is my responsibility to seek a professional examination and follow-up services should my child need more services. I understand that I may ask GROW staff to provide me with educational information to help me understand my options for seeking additional professional medical services. I will not hold any of the above agencies accountable for errors of omission.

I understand that signing this authorization for and participation in the GROW screening project is voluntary. This authorization will remain in effect until affirmatively revoked. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by communicating my request in writing to Children's Institute, see contact information below.

Child's name: _____ Child's birthdate: ___ / ___ / ___ Weeks premature: _____
mo. / day / year

Street address: _____ City/town: _____ Zip code: _____

School district: _____ County: _____

Parent or guardian: _____

Parent/guardian - Phone/mobile: _____ Email: _____

Best day(s) to contact: M T W R F Best time(s): A.M. 8-12 P.M. 12-5 P.M. 5-8

Best way to contact (check 1 or more): Phone Text Email

Medical practice name: _____ Doctor's phone: _____

Dentist's practice name: _____ Dentist's phone: _____

Insurance: Excellus MVP Fidelis Other _____ Medicaid: Yes ID# _____

Other professionals to release screening information to (name and contact information):

Referral Agency, person & phone number (if applicable): _____

Parent or guardian signature: _____ Date: ___ / ___ / ___
mo. / day / year

We will provide you access to your child's screening results online using the GROW Parent Portal unless you tell us otherwise. All information will be confidential and only accessible to you.

Please do **not** provide me screening results online. (Put an 'X' here **only if you do not want** access to your child's screening information) _____



Autorización de Participación y Divulgación de Información

El proyecto de detección *Get Ready to GROW* ofrece pruebas de detección en la primera infancia para la visión, audición, odontología, lenguaje, social, emocional, crecimiento físico y otras áreas del desarrollo.

Doy mi consentimiento a Children's Institute – Get Ready to GROW personal, y el personal del centro o de atención domiciliaria de mi hijo y el personal del lugar afiliado, incluidos los voluntarios, para llevar a cabo directamente o por tele-salud evaluaciones de la audición, visión, lenguaje, habla, motricidad, cognición, estatura y peso (BMI), factores sociales y emocionales, dentales, de protección, eventos adversos de la vida y determinantes sociales de la salud y la educación, de mi hijo y mi familia y brinden recomendaciones y estrategias que apoyen a mi hijo y a nuestra familia.

Divulgar los resultados de las pruebas de detección a los profesionales de la salud y educación: Autorizo a Children's Institute – Get Ready to GROW, a divulgar los resultados de las pruebas de detección de mi hijo al médico, dentista, médico de los ojos, compañía de seguros, y si corresponde, programa de cuidado infantil o distrito escolar, y otros profesionales que he designado a continuación. Autorizo a estas mismas entidades a divulgar los resultados de las evaluaciones de mi hijo y las consultas / servicios de seguimiento al Children's Institute y a su(s) socio(s) del sistema de datos seleccionado(s) para facilitar el seguimiento del progreso, referidos y la atención de seguimiento.

Divulgar los resultados no identificados a los financiadores del proyecto: Los informes se pueden compartir con los financiadores de subvenciones de este proyecto, incluidos, entre otros: Finger Lakes Performing Provider System (FLPPS) y Consejo de Niños y Familias del Estado de Nueva York, y **no** incluirá información de identificación de niños o familias. Cualquier intercambio de datos solo incluirá datos desagregados no identificados.

Cuando corresponda, un representante de GROW o agencia asociada, se reunirá conmigo para discutir el progreso de mi hijo, hacer recomendaciones y brindar información sobre los programas y recursos disponibles en la comunidad.

Entiendo que la información obtenida de este proceso de evaluación es un paso inicial para satisfacer las necesidades de mi hijo y no reemplaza un examen profesional.

Cuando sea necesario, entiendo que es mi responsabilidad buscar un examen profesional y servicios de seguimiento en caso de que mi hijo necesite más servicios. Entiendo que puedo pedirle al personal de GROW que me brinde información educativa para ayudarme a comprender mis opciones para buscar servicios médicos profesionales adicionales. No responsabilizaré a ninguna de las agencias mencionadas por errores de omisión.

Entiendo que firmar esta autorización y participar en el proyecto de evaluación GROW es voluntaria. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada afirmativamente. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento comunicando mi solicitud por escrito al Children's Institute; consulte la información de contacto a continuación.

Nombre del niño: _____ Fecha de nac. del niño: ___ / ___ / ___ Semanas prematura: _____
mes / día / año

Dirección de la calle: _____ Ciudad/pueblo: _____ Código postal: _____

Distrito escolar: _____ Condado: _____

Padre/tutor: _____

Teléfono-móvil de padre/tutor: _____ Email: _____

Mejor día(s) para contactar: L M M J V Mejor hora(s): A.M. 8-12 P.M. 12-5 P.M. 5-8

Mejor manera para contactar (marque uno o más): Teléfono Texto Email

Nombre de la práctica del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre de la práctica del dentista: _____ Teléfono: _____

Seguro: Excellus MVP Fidelis Otro _____ Medicaid: Sí Número de ID _____

Otros profesionales a quienes divulgar información de evaluaciones (nombre e información de contacto):

Agencia de referencia, persona y número de teléfono (si corresponde): _____

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: ___ / ___ / ___
mes / día / año

Le proporcionaremos acceso a los resultados de las pruebas de detección de su hijo en línea mediante el portal para padres de GROW, a menos que nos indique lo contrario. Toda la información será confidencial y solo usted podrá acceder a ella.

No me proporcione los resultados de la evaluación en línea. (Ponga una "X" aquí **solo si no desea** acceder a la información de detección de su hijo) _____