

Estimado Padre o Responsable –

Gracias por su interés en llevar a su hijo/a y su familia a la reunión del equipo de Community Connections Network (CCN Child Health Team). Por favor llenar y enviar los formularios que están incluidos. Hemos incluido un sobre prepagado para su conveniencia.

- Firme el formulario de **Autorización para el uso y divulgación de información médica confidencial**, que permite que el equipo CCN comparta la información (registros) con los proveedores médicos y otros (maestros, otros proveedores etc.) de su hijo/a.
- También pediremos que firme un formulario de **Reconocimiento del recibo de las prácticas de privacidad** después de que haya leído la información sobre nuestras prácticas de privacidad.
- Llene los formularios de **Información demográfica sobre su hijo/a** y **Cuestionario sobre la salud del niño/a** para que el equipo tenga la información sobre la salud de su hijo/a, los servicios que está recibiendo, y las preguntas o preocupaciones que usted tiene.
- Llene la **Lista de proveedores** para que el equipo CCN les puede pedir los registros de su hijo/a antes de su cita.

La reunión con el equipo CCN es su oportunidad de usar este recurso para preguntar sobre el cuidado de su hijo/a. El equipo de CCN se reúne para apoyar a su familia. Si tiene alguna pregunta, por favor comínquese con la coordinadora de CCN o el miembro enlace de la familia (Parent Partner).

¡Anticipamos conocer a Ud. y su familia!

Equipo de CCN Child Health Team

Institute on Development & Disability

Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs

503-494-8303 • occyshn@ohsu.edu • www.occyshn.org