Estimados padres/madres y tutores,

El propósito de esta carta es informarles que la organización que le proporciona a su hijo/a los servicios Birth to 3 (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad) está colaborando con Vision Forward Association para recolectar información sobre cada niño/a a quien le ofrece sus servicios en relación con el impedimento visual o los padecimientos oculares del niño o niña. Esta información se recolecta a través de una encuesta que se le presenta a ustedes en forma de entrevista. La información de la encuesta pasa a formar parte del Registro Nacional Babies Count, una base de datos nacional que recolecta información epidemiológica y demográfica sobre bebés y niños pequeños en edades desde el nacimiento y hasta los 36 meses de edad que son ciegos o tienen algún impedimento visual.

La información de su niño/a se mantendrá confidencial. No se incluirá el nombre de su hijo/a, pero sí se incluye en el registro otra Información personal del alumno Potencialmente Identificable (IPI), incluyendo: fecha de nacimiento, lugar de residencia y grupo étnico. A los datos de cada estado solo tienen acceso la autoridad estatal designada, el personal de Babies Count y los investigadores designados que periódicamente agregarán datos nacionales no identificables.

Toda IPI recolectada para este registro es confidencial y se protegerá de accesos y usos no autorizados. La IPI de su niño/a no se compartirá con ninguna otra entidad ni para ningún otro propósito, a menos que la legislación estatal o federal lo autorice.

La encuesta Babies Count se realiza bajo la supervisión del representante de cada estado. Se solicita su consentimiento por escrito para incluir esta información en el Registro Nacional Babies Count. Ustedes y su proveedor de servicios realizarán la encuesta juntos y ustedes tendrán derecho a proporcionar o no proporcionar la respuesta a cualquier pregunta. Ustedes también tienen el derecho de revocar su consentimiento a incluir la información de su hijo/a en el registro en cualquier momento.

La información de esta base de datos se ha usado para tomar decisiones de políticas y presupuesto, para ampliar programas, para impulsar investigación médica y educativa y para rastrear el rostro cambiante de la ceguera infantil en nuestro país actualmente. A la gente que proporciona servicios a niños y niñas como el suyo/la suya, la información del registro les informará qué tipo de capacitaciones y apoyos necesitan para aumentar sus habilidades profesionales. En pocas palabras, con el tiempo, el registro nacional Babies Count producirá mejores servicios para los futuros bebés y niños pequeños, y a los niños y niñas conforme van creciendo.

Si tuvieran alguna pregunta o inquietud respecto de la inclusión de su niño/a en el Registro Babies Count, por favor, contacten al proveedor de servicios de su niño/a. Pueden encontrar mayor información sobre Babies Count en [www.babiescount.org](http://www.babiescount.org).

|  |  |
| --- | --- |
| **Vision Forward Association**  **Consentimiento para divulgar información del alumno** | Enviar por fax los formatos de consentimiento firmados y las encuestas Babies Count a:  Colleen Kickbush,  Coordinadora de Babies Count WI  (414) 238-2261  Nombre del condado: |

A fin de incluir la información de mi niño/a en el registro nacional Babies Count, por medio de la presente, autorizo a mi agencia del Programa Birth to 3 y a Vision Forward Association a compartir la siguiente información personal identificable de mi hijo/a: fecha de nacimiento, código postal de la residencia de mi hijo/a y su grupo étnico con el registro nacional Babies Count de bebés y niños pequeños con impedimentos visuales.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre con letra de imprenta), certifico que soy el padre/madre/tutor(a) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre completo del niño o niña), cuya fecha de nacimiento es el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha completa de nacimiento del niño o la niña). Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente a menos que yo lo revoque por escrito. Entiendo, además, que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante enviar un correo electrónico al proveedor de servicios de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre Fecha