

NYC PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA

CONCENTIMIENTO DEL PADRE PARA OBTENER/REVELAR INFORMACION

EI ID No. del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre del Niño(a): _____
Apellido Nombre

Dirección: _____ Apt. No. _____
Calle

_____ Area Postal _____
Ciudad Estado

Yo, _____, doy consentimiento para que den el
Nombre del Padre/Guardián (Favor Escriba)

archivo de mi niño(a) Los Niños Services, Inc.
Nombre del Proveedor Revelando la Información

y se envíe a _____
Nombre del Proveedor Solicitando la Información

Dirección del Proveedor

con el propósito de determinar una evaluación de intervención temprana
apropiada, adecuada y/o servicios para mi hijo(a).

Firma del Padre/Guardián

____/____/____
Fecha

NOTA: Una copia de este documento firmado tiene la misma validez y efecto que
La forma original