

**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) \_\_\_\_\_  
Nombre del Proveedor Revelando la Información

y se envíe a Los Niños Services, Inc.  
Nombre del Proveedor Solicitando la Información

2489 Broadway 2<sup>nd</sup> Fl., New York, NY, 10025  
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