



early childhood specialists
losninosservices.com
1-877-LOS-NINOS

Scott Mesh, Ph.D. Executive Director
Edita Díaz, M.S. Ed. Director of Operations

535 8th Ave. 2nd Fl, New York, NY 10018
Tel. 212.787.9700 Fax 212.787.4418



PARENT CONSENT FOR EVALUATIONS

CHILD'S NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

This is to acknowledge that I have received an explanation of the evaluation that is offered to my child under the Early Intervention Program. I do hereby give consent to Los Niños Services, Inc. to complete the evaluation(s). I understand that copies of the evaluations will be given to the Westchester County Department of Health (WCDOH), and that WCDOH will use the evaluation(s) as a basis to determine eligibility for services.

_____/_____/_____
Parent /Guardian Signature Date

_____/_____/_____
Witness Signature Date

COMPLETION OF MEDICAL FORM

As a parent/guardian of this child, I have not yet obtained a completed medical form and/or insurance. I will submit these forms at the IFSP meeting.

_____/_____/_____
Parent/Guardian Signature Date



CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIONES

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

La presente es para reconocer que yo recibí una explicación de la evaluación que se ofrece a mi niño(a) bajo del Programa de Intervención Temprana. Yo por lo tanto doy consentimiento a **Los Niños Services, Inc.** para completar las evaluación(s). Yo entiendo que copias de las evaluaciones serán enviadas al Departamento de Salud de Westchester County (WCDOH), y que WCDOH utilizara las evaluaciones para determinar elegibilidad de los servicios.

_____/_____/_____
Firma del Padre/Guardián Fecha

_____/_____/_____
Firma del Testigo Fecha

FORMA MEDICA

Yo como padre/guardián de este niño, no he recibido todavía la forma médica completa y/o la forma del seguro. Yo someteré estas formas el día de la conferencia del IFSP.

_____/_____/_____
Firma del Padre/Guardián Fecha