

# PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA, CIUDAD DE NUEVA YORK

## CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA INICIAR LA COORDINACION DE SERVICIO

Número de Identificación del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Niño(a): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

El Coordinador(a) de Servicio de Intervención Temprana (ISC) me ha informado acerca de los diversos programas y servicios que el Programa de Intervención Temprana puede ofrecerle a mi hijo(a). También se me ha informado que a fin de proveer dichos servicios será necesario que el Programa coordine e intercambie información con otros proveedores de servicio adecuados.

Otorgo mi consentimiento para la planeación y coordinación de los servicios para mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Encargado Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Coordinador(a) de Servicio Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación del Coordinador(a) de Servicio

Doy mi autorización al Coordinador(a) de Servicio para mi hijo(a) a que envíe una copia del siguiente documento al(los) médico(s) de mi hijo(a):  inicial plan de servicios individualizado para la familia (IFSP).

No doy mi autorización al Coordinador(a) de Servicio para mi hijo(a) a que envíe una copia del siguiente documento al(los) médico(s) de mi hijo(a):  inicial plan de servicios individualizado para la familia (IFSP).

### ***Service Coordinator Must Complete:***

Date ISC agency received assignment from Regional Office: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date ISC provided parent(s) the EIP Parent's Guide or directed parent to Guide on SDOH website: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date ISC reviewed "Your Parent's Rights in the EI Program": \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date ISC reviewed list of evaluation sites and discussed choice of evaluation site with parent: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Name of evaluation site selected by parent: \_\_\_\_\_

Date referral made to evaluation site: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **Note:**

- **ISC must ensure that a copy of the Parent's Guide is sent to the family within seven (7) business days of referral.**
- **If parental consent is obtained, a copy of the IFSP should be sent by the ISC upon its completion.**