

Authorization for Speech and Medical Services Form
Forma de Autorización para servicios Médicos o de Lenguaje

1. Early Childhood Intevention Agencies/School District Special Services

I _____, am aware that my child _____ is receiving therapy services
(Parent's Name) from a local ECI/school district special services staff at
_____ Head Start.

Yo _____, tengo conocimiento que mi hijo/(a) _____ está recibiendo servicios
(Nombre Del Padre/Madre) de terapia por un personal de educación especial del distrito escolar/ECI en
_____ Head Start.

2. Other outside Health Services (not Head Start Staff)

Please initial all that apply to your child, as confirmation of acceptance of services to be provided.

Por favor indique con sus iniciales todas las áreas que apliquen en la situación de su hijo/ (a).

a) _____ I am aware that a nurse has been assigned to care for my child's health needs while being serviced at the Head Start Center.

_____ *Yo tengo conocimiento que una enfermera (no empleada por Head Start) ha sido asignada para acompañar a mi hijo/ (a) y para atender cualquier necesidad médica que ocurra con mi hijo/ (a) en el centro de Head Start.*

b) _____ I acknowledge that at times my child will be without direct supervision of the Head Start staff while this service is being provided.

_____ *Yo reconozco que en el tiempo que mi hijo/ (a) está recibiendo terapia el personal e Head Start no tendrán supervisión e mi hijo/ (a) directamente.*

c) _____ NINOS, Inc. Head Start/Early Head Start Program will maintain a copy of the therapist identification or of any other professional that might have a legitimate interest in the educational needs of the children upon request.

_____ *NINOS, Inc. Head Start/Early Head Start Programa mantendrá una copia de la identificación de los profesionales que tengan un interés legitimo en las necesidad educacional de mi hijo/(a).*

3. The persons listed below are authorized to work with my child on educational or treatment planning.

Las personas que figuran a continuación están autorizadas para trabajar con mi hijo/ (a) ofreciendo servicios educacionales o médicos.

Name: _____

Title: _____

School District or Agency: _____

ID or Badge Number: _____

Parent Signature/ Firma de Padre/Madre

_____/_____/_____
Date

Area Manager/ Manejante de Área

_____/_____/_____
Date