

**Programa de Educación Especial
Preescolar del Departamento de
Salud del Condado de Nassau**

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIAN PARA UNA FIRMA DE
VERIFICACIÓN ALTERNATIVA**

Yo, _____, padre/guardián del _____
(nombre del padre/ guardián impreso)

concedo permiso para que las siguientes personas firmen registros de tratamiento en mi nombre.

Por favor, enumere las personas que podrán firmar: personal de guardería, maestro, cuidador, etc. (debe ser mayor de 18 años)

Nombre	Título	Firma	Correo electrónico

(Firma del padre/guardián)

(Fecha de la firma)

Yo, _____ por la presente, retiro el permiso anterior a partir de _____.
(Imprimir nombre del padre/guardián) (Fecha de retiro)

(Firma del padre/guardián)

(Fecha)