



Doña Ana County Head Start

PARENT/GUARDIAN PERMISSION FOR OBSERVATION OF CHILD

ALL INFORMATION WILL BE KEPT CONFIDENTIAL

I, _____, authorize a qualified DACHS / EHS Specialist(s),
Parent/Guardian
 (Mental Health, Disability, Health/Nutrition, Education, and/or Family), to conduct an observation of my
 child, _____, for whom I am legally responsible, and
Child's Name
 make recommendations to support, assist, develop and provide planned activities in the classroom that
 will benefit my child. I understand DACHS staff / specialist(s) will take all necessary actions to protect
 the confidentiality and privacy of my child and family. I understand that all information collected during
 an observation will be kept confidential and can only be released with my written permission. I under-
 stand that I will be informed of the results and that any recommendations and/or follow-up will be
 discussed with me. Referrals to providers and/or agencies from DACHS staff can only be made with my
 written authorization.

This consent is valid for one year from the date of signature, unless I specify otherwise below.

My consent for this/these services expires on: (Date) ____/____/____.

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date

I have explained to the above named parent/guardian the purpose of this consent and the reason for the professional observation.

DACHS Staff Signature

Date



Doña Ana County Head Start

PERMISO DE LOS PADRES / TUTOR PARA LA OBSERVACIÓN DEL NIÑO TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL

Yo, _____, autorizo a DACHS calificados / Especialista EHS (s),

Parent/Guardian

(Salud Mental, Discapacidad, Salud / Nutrición, Educación, y / o de la familia), para llevar a cabo una observación de mi niño, _____, para los cuales yo soy legalmente responsable, y Nombre

Nobre del Niño

del Niño hacer recomendaciones para apoyar, ayudar, desarrollar y proporcionar actividades planificadas en el aula que beneficiará a mi hijo. Entiendo DACHS personal / especialista (s) tomará todas las medidas necesarias para proteger la confidencialidad y la privacidad de mi hijo y su familia. . Entiendo que toda la información recopilada durante una observación será confidencial y sólo puede ser puesto en libertad con mi permiso escrito. Entiendo estoy que me informará de los resultados y que cualquier recomendación y / o seguimiento serán discutido conmigo.

Referencias a los proveedores y / o agencias de personal DACHS sólo se pueden hacer con mi autorización por escrito.

Este consentimiento es válido por un año desde la fecha de la firma, a menos que especifique lo contrario a continuación.

Mi consentimiento para este / estos servicios vence el: (fecha) _____ / _____ / _____.

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Firma del Padre / Guardián

Fecha

He explicado al susodicho padre / tutor el propósito de este consentimiento y el motivo de la observación profesional.

DACHS Firma del personal

Fecha