

CENTRAL MISSISSIPPI, INCORPORATED
HEAD START/EARLY HEAD START
101 South Central Avenue
P. O. Box 749
Winona, MS 38967

Dr. Doris Thompson, Executive Director

Phone: (662)283-4781

Fax: (662)283-5777

PARENT PERMISSION FOR EVALUATION
FORMA DE CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA EVALUACION

CHILD/ Niño _____ CENTER/ Centro _____

Following careful review of screening results, observations, and other information, we feel that further evaluation of your child is necessary to develop program recommendations for your child. In order to proceed with this evaluation, we need your permission. / *Después de la revisión cuidadosa de los resultados de las evaluaciones, observaciones, y de otra información, sentimos que la evaluación adicional de tu niño es necesaria para desarrollar las recomendaciones del programa para tu niño. Para proceder con esta evaluación, necesitamos el permiso del padre.*

With your permission for evaluation and permission to exchange information, your child will be referred to/ *Con tu permiso para la evaluación y el permiso para intercambiar la información, referiremos a tu niño a:*

(Diagnostician/Medico)

(Name of Agency or Person/
Nombre de la agencia or professional)

The Purpose of this referral is/ El proposito de este referido es: _____

Please indicate by your signature below whether you wish us to proceed with this evaluation and return this form to your Family Service Worker. / *Indique por favor con su firma abajo si nos deseas proceder con esta evaluación y regrese esta forma a su trabajador social de la familia.*

I **DO** give permission for the above stated evaluation of my child and for the exchange of information regarding that evaluation between the program and diagnostician or agency. / *Doy el permiso para la evaluación arriba indicada de mi niño y para el intercambio de información con respecto a esa evaluación entre el programa y el médico o la agencia*

(Parent/ Guardian Signature/ Firma del padre)

(Date/Fecha)

I **DO NOT** give my permission for neither of the above stated evaluation **NOR** for the exchange of information between the program and the named diagnostician or agency. / *No doy mi permiso para la evaluación arriba indicada **NI** para el intercambio de información entre el programa y el médico o la agencia nombrada.*

(Parent/Guardian Signature/Firma del padre)

(Date/Fecha)

All information you provide helps us to deliver services most appropriate for your family needs. You may prefer not to share some information with us. However some information is required to determine eligibility. All information shared will be held in strict confidence / *Toda la información proporcionas ayudas nosotros para entregar los servicios más apropiados para tus necesidades de la familia. Puedes preferir no compartir una cierta información con nosotros. Sin embargo una cierta información se requiere determinar elegibilidad. Toda la información compartida será llevada en confidencialidad.*

White: Child's File Yellow: Central Office

Serving: Attala Carroll Choctaw Holmes Montgomery Webster Counties:
An Equal Opportunity Employer