



AUTORIZACIÓN / CONSENTIMIENTO PARA REFERIDO DE PADRES

Yo, _____ (escriba nombre y apellido), por la presente doy consentimiento y permiso a los representantes del programa T.E.A.M. Dad para contactarme (o a mi hijo si es menor de edad) para aprender más sobre este programa y determinar mi elegibilidad.

He leído este consentimiento antes de firmar y entiendo completamente el contenido, significado e impacto. Entiendo que tengo la Libertad de hacer cualquier pregunta sobre el programa y lo he hecho antes de firmar este consentimiento.

Nombre del Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección electrónica: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Requerido si el cliente es menor de 18 años:

Nombre del padre o persona con custodia legal: _____

Firma del padre o persona con custodia legal: _____ Fecha: _____

Contacto: Email a Referrals@hscmd.org o Fax a 786-565-4013