

# Muestra del Formulario de Consentimiento del Servicios del Proyecto de Necesidades Especiales de la Iniciativa de Preparación para la Escuela de la Comisión First 5 / Primeros 5

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_ reciba los servicios indicados en los lugares donde he colocado mis iniciales.

*Nombre completo del padre/madre/tutor*

*Nombre completo del niño(a)*

El propósito de estos servicios es entender y responder a las necesidades de mi hijo(a) dentro de un contexto de nuestra familia y/o su programa de cuidados infantiles. Estos servicios serán proporcionados o administrados por \_\_\_\_\_.

- Evaluación del desarrollo y/o médica (usando el Cuestionario Edades y Etapas (Ages & Stages): Social emocional, Formulario corto del Índice de estrés del padre/madre y una encuesta de evaluación médica incluyendo de la vista, audición y salud en general).
- Observación de mi hijo(a) en su comunidad, preparación para la escuela y/o ámbito de cuidado infantil.
- Consultas con personal del programa respecto al desarrollo y/o comportamiento de mi hijo(a).
- Consultas con la familia respecto al desarrollo y/o comportamiento de mi hijo(a).
- Evaluación del desarrollo
- Evaluación de la conducta
- Otro (favor de especificar): \_\_\_\_\_

Entiendo que la información respecto a mi hijo(a), por lo general es confidencial y no podrá ser divulgada a empleados de otras escuelas, agencias públicas o profesionales en la práctica privada sin mi consentimiento u otro requisito legal. Mi firma en este formulario proporciona permiso para que los resultados del (los) servicio(s) indicados arriba sean compartidos con el personal en el (*Sitio de Demostración de Necesidades Especiales*).

Asimismo, (*el Sitio de Demostración de Necesidades Especiales*) está autorizado a compartir la información obtenida con su(s) supervisor(es) y/o personal de asesoría del Proyecto de Necesidades Especiales trabajando directamente con él/ella. El consentimiento para divulgar información y autorización de comunicación será para el propósito de entender y responder a las necesidades del niño. Este consentimiento es voluntario y yo entiendo que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento para mi hijo(a). A menos de que retire este consentimiento, dicha autorización entrará en vigor durante el período en que mi hijo(a) esté inscrito en el (*Sitio de Demostración de Necesidades Especiales*). Al firmar más abajo estoy confirmando que ha leído, entiendo y que convengo con las condiciones y servicios arriba mencionados.

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_  
Nombre completo del padre/madre/tutor

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: De acuerdo con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPPA) y leyes aplicables de California, toda la información personal y médica es privada y debe ser protegida.