

**AVISO PREVIO Y CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN  
PRIOR NOTICE AND CONSENT FOR EVALUATION**

Nombre del Niño	Fecha en que se dio el aviso previo por escrito
-----------------	---

**Aviso Previo por Escrito:** Su hijo(a) ha sido referido para una evaluación para determinar si él/ella es elegible para los servicios de intervención temprana. La **información** que se utilizó para tomar esta decisión incluyó (por ejemplo, documento usado para la evaluación (*screening tool*), prueba, observación, reportes médicos, u otros medios):

Las **razones** para esta decisión incluyeron (por ejemplo, resultados de la evaluación, resultados de las pruebas, una lista de habilidades observadas o no observadas, diagnóstico, u otra razón).

Otras opciones consideradas incluyeron no recomendar una evaluación. La información utilizada para rechazar esta opción incluye (por ejemplo, documento usado para la evaluación, prueba, observación, reportes médicos, u otros medios):

Las **razones** para rechazar esta opción incluyeron (por ejemplo, documento usado para la evaluación, resultados de pruebas, lista de habilidades observadas y no observadas, diagnóstico, u otra razón):

**Consentimiento para Evaluación:** Un equipo, que incluye al menos dos profesionales, evaluará el desarrollo de su hijo(a). La evaluación se realizará sin costo alguno para usted. La evaluación inicial ayudará a identificar los resultados y a desarrollar un plan de servicios. Las evaluaciones continuas se realizarán para supervisar el progreso de su hijo(a). Hablaremos con usted sobre las evaluaciones, y discutiremos con usted la opción de incluir las necesidades, recursos, inquietudes, y prioridades de su familia. Durante el curso de la evaluación y examen, miembros del equipo 1) consultarán con usted para identificar las áreas del desarrollo que se abordarán en la evaluación y por qué son importantes.; 2) con su consentimiento, revisarán los registros relevantes, identificando las razones para la revisión; 3) identificarán, evaluarán y examinarán el desarrollo de su hijo en las áreas indicadas a continuación, y 4) reunirán con usted para desarrollar el reporte final.

Áreas a ser evaluadas / examinadas	Instrumentos	Tipo de Especialista

- Antes de poder iniciar la evaluación o examen, es necesario su consentimiento. Antes de que firme a continuación, debe saber:
1. Su consentimiento para la evaluación es voluntario. Usted puede rechazar consentimiento para una evaluación en particular y a su vez dar consentimiento para otras.
  2. Las evaluaciones recomendadas se usan para determinar si su hijo(a) es elegible para el *Birth to 3 Program*.
  3. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Su consentimiento permanecerá en vigor hasta que lo retire por escrito.
  4. Si usted retira su consentimiento, la agencia no puede realizar más evaluaciones en el área de desarrollo.

Por favor lea los documentos sobre los derechos de los padres e hijos ajunto a este aviso. Esto es sólo un resumen de los derechos; si desea obtener la versión completa, favor de comunicarse con el Coordinador de Servicios.

Nombre – Persona Contacto	Título – Persona Contacto	Número de Teléfono
---------------------------	---------------------------	--------------------

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA EVALUACIÓN**

Por medio de mi / nuestra firma a continuación, reconozco / reconocemos que he/hemos recibido y entendido la declaración de los derechos de los padres e hijos; entiendo / entendemos las acciones propuestas; y

- DOY / DAMOS** consentimiento para la evaluación y examen de mi hijo (a).  
 **NO DOY / DAMOS** consentimiento para la evaluación y examen de mi hijo (a).

FIRMA – Padre / Madre / Tutor Legal

Fecha de la Firma