

**AVISO Y CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN
NOTICE AND CONSENT FOR SCREENING**

Nombre del niño(a)	Fecha que se dio aviso previo por escrito
--------------------	-------------------------------------------

Aviso previo por escrito: Su hijo(a) ha sido referido al Birth to 3 Program. **Se recomienda un examen para determinar si su hijo se sospecha que tenga un retraso o discapacidad.**

Otras opciones consideradas pero rechazadas incluyen no realizar un examen y realizar una evaluación. Esta decisión se basa en _____.

Se utilizará la siguiente herramienta para evaluar el desarrollo del niño: _____.

Durante el transcurso del examen, el equipo consultará con usted para analizar las cinco áreas de desarrollo de su hijo(a): (1) cognición, (2) comunicación, (3) motor, incluyendo la audición y la visión (4) socio-emocional, y (5) autoayuda.

Una vez finalizado el examen se compartirán los resultados con usted. Realizar un examen es opcional para su familia; una familia puede solicitar una evaluación, para determinar la elegibilidad para el Birth to 3 Program en cualquier momento.

Antes de poder iniciar el examen, es necesario su consentimiento. Antes de que usted firme abajo, usted debe saber que:

1. Su consentimiento para el examen es voluntario. Usted puede rehusar dar su consentimiento; si se rehúsa, no se realizará el examen.
2. Usted puede solicitar que se realice una evaluación a su hijo(a) para determinar la elegibilidad en el Birth to 3 Program en cualquier momento. Si los resultados del examen no recomiendan una evaluación, usted aún puede solicitar una.

Por favor lea el documento de los Derechos de los Padres y los Hijos incluido con este aviso. Si tiene cualquier inquietud, por favor no dude en llamarme.

Nombre y título de la persona contacto	Número de teléfono
----------------------------------------	--------------------

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA UN EXAMEN

Por medio de mi / nuestra firma abajo, yo / nosotros reconocemos haber recibido y entendido la declaración de los derechos de padres e hijos; entendemos las acciones propuestas; y

- Yo / Nosotros **DOY** mi consentimiento para que se realice el examen a mi hijo(a) para determinar si mi hijo(a) se sospecha que tenga un retraso o discapacidad.
- Yo / Nosotros **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se realice el examen mi hijo(a) para determinar si mi hijo(a) se sospecha que tenga un retraso o discapacidad.

FIRMA del padre / madre / tutor legal	Fecha de la firma
----------------------------------------------	-------------------

FIRMA del padre / madre / tutor legal	Fecha de la firma
----------------------------------------------	-------------------