



WV NACIMIENTO A TRES
 Oficina de Salud Materna, Infantil y Familiar
 Oficina de Salud Pública
 Departamento de Salud de West Virginia

Child Last Name: _____
 Child First Name: _____ MI
 DOB: _____ ID#: _____
 FOLDER: _____ Date: _____

TITLE:

La intervención temprana de la Parte C, bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), requiere que WV Nacimiento a Tres tenga su consentimiento informado por escrito para continuar con las actividades de evaluación infantil.

Fecha: _____

Este consentimiento contiene información importante sobre la próxima evaluación de su hijo. El propósito de la (s) actividad(es) de evaluación es aprender más sobre las fortalezas y áreas de interés de su hijo dentro de esas actividades y rutinas diarias que son importantes para su hijo y su familia. Esto ayudará al equipo de WV Nacimiento a Tres de su hijo a planificar los servicios y apoyos adecuados para satisfacer las necesidades únicas de su hijo.

Se pueden completar una variedad de actividades durante el proceso de evaluación incluida la entrevista familiar, la observación del niño y/o la evaluación formal. Todas las actividades de evaluación deben programarse en horarios y ubicaciones que sean convenientes para usted. Todas las actividades de evaluación serán realizadas por personal calificado que tenga conocimiento y experiencia en el área de interés. Los profesionales que realizan la evaluación analizarán con usted los métodos de evaluación y las ubicaciones antes de la evaluación. Su participación como miembro del equipo de evaluación es muy importante, usted es quien mejor conoce a su hijo y puede brindar información valiosa al equipo.

Doy permiso para que mi hijo(a) sea evaluado(a) en las siguientes áreas:

- Desarrollo Físico
 - Motor
 - Audición
 - Visión
 - Nutrición
- Desarrollo Cognitivo
- Desarrollo de la Comunicación
- Desarrollo Social/Emocional
- Desarrollo Adaptivo
- Otro (Por favor indique): _____

Su firma a continuación indica su consentimiento para que las actividades de evaluación se lleven a cabo en las áreas de desarrollo identificadas anteriormente.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Este consentimiento es válido por un año a menos que se especifique lo contrario. El consentimiento puede ser revocado en cualquier momento a petición por escrito de la familia o tutor legal, excepto en que la información ya haya sido aplicada bajo esta autorización. Todos los derechos están protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA).