

Consentimiento Para Una Evaluación de Early On®

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección del niño/a: _____	Número de teléfono _____

Early On® de Michigan ayuda niños/as elegibles para recibir servicios necesarios para su salud, crecimiento y desarrollo. Servicios para apoyar / soportar el salud y desarrollo de su niño pueda ser por varios servicios de nuestro sistema de *Early On*®. Para saber si su hijo/a califica se toma una evaluación (eje. como piensa su hijo/a, su vista/mirar, oír, movimiento, comunicación, relacionarse con si mismo/extraños, y cuidado de necesidades básicos).

Durante la evaluación se tomara información alrededor de su niño las fuerzas y necesidades, salud y desarrollo serán solicitados. A usted, su medico/pediatra de su niño, y otras personas que saben sobre su desarrollo y crecimiento de su niño se le pedirán esta información. *Early On*® puede recibir esta información solo con permiso de usted. Le preguntaran acerca de las rutinas diarias de su niño/a y que partes del día que son fáciles para usted y su niño y los mas difíciles. Las preguntas seria acerca de sus preocupaciones, prioridades y recursos mientras que se relacionan con el soporte del crecimiento y del desarrollo de su niño/a. Si es su preferencia no hablar de su familia, de su niño puede recibir servicios si es que el o ella califica.

Esta información que recoleccionamos por parte de usted o de otras personas se registrara confidencialmente con *Early On*®. Información básica sobre su niño se mantendrá en registro computarizado en una lista con otros niños/as que reciban servicio a través de *Early On*®. Mas información de *Early On*® y sus derechos familiares esta en la libreta **Guía Familiar *Early On*®**, Es importante que reciba y entienda estos documentos antes de que usted firme esta forma de consentimiento. Este consentimiento a evaluar es siempre voluntario. Sin embargo, sin una evaluación su niño no podría recibir servicios bajo la programa de *Early On*®.

Por Favor de marcar o marcar 'si' o 'no' en todo que aplícala:

___ Si me gustaría aprender si mi hijo/a y familia son elegibles para participar con *Early On*® Michigan:

Si No Recibí copia de Guía Familia *Early On*® indicado

- Bienvenidos a *Early On*®
- Plan de servicio Familiar Individualizado
- La Transición: Saliendo de *Early On*®
- Derechos Familiares de *Early On*®
- Procedimientos para Educación Especial

Si No Si recibí y entendí la información tocante La Guía Familiar/Video y Derechos Familiar antes de firmar este consentimiento y antes de su evaluación de mi hijo/a.

Si No Entiendo nuestra participación de mi familia en el proceso del evaluación.

Si No Doy permiso para esta evaluación con mi hijo/a.

Si No Doy permiso para hablar de recursos de mi familia, preocupaciones y prioridades relacionado para apoyar en su desarrollo de mi hijo/a y entiendo que solo yo daré información que siento comfortable compartir.

Si No Entiendo esta forma de consentimiento.

No deseo participar con *Early On*® en este momento.

Entiendo que mi hijo/a no será evaluado por *Early On*®. También entiendo que no habrá un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) y que mi familia no recibirá servicios que son disponibles por *Early On*®

Firma de Padres: _____	Fecha: _____
Firma de Testigo: _____	Fecha: _____

**Se le debe entregar en la primera cita; * *Se le puede entregar en la primera cita con el "Bienvenido..." y Derechos Familiares* 10/2008