
Centro Regional Westside

Consentimiento De Los Padres Para Asesoramiento

Niño/a _____ Fecha de Nacimiento _____ UCI # _____
Idioma en el Hogar _____ Agencia _____ Fecha _____

Consentimiento Para Asesoramiento

Estimado Padre o Gurdian:

Su hijo/a ha sido referido para una evaluación individual para determinar si u hijo/a necesita comenzar o continuar recibiendo servicios de intervención temprana de parte de las agencias participantes en el Programa de Intervención Temprana. El asesoramiento ayudará a identificar las destrezas de su niño/a y las reas donde necesita ayuda. El asesoramiento puede incluir: 1) observación de su hijo/a en el hogar o en otro lugar apropiado ; 2) una entrevista con Ud./s; 3) revisión de reportes medicos y otros que usted haya estado de acuerdo en compartir; y 4) evaluación usando las pruebas Bayley IV y/o DAYC-2.

El asesoramiento puede ser conducido en una o todas las siguientes áreas:

- Desarrollo Cognitivo
- Desarrollo físico, incluyendo el examen óptico mas reciente, oído y estado de salud
- Desarrollo de comunicación (lenguaje expresivo y receptivo)
- Desarrollo social/emocional
- Desarrollo adaptivo
- Asesoramiento de las necesidades de la familia: *El Plan de Servicio Familiar Individual (Individual Family Service Plan, (IFSP) es necesario, con la concurrencia de la familia, para incluir una declaración de las preocupaciones de la familia, prioridades y recursos relacionados en aumentar el desarrollo del niño/a.*

Los asesoramientos pueden cumplirse por:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psicólogos | <input type="checkbox"/> Maestro/a | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico |
| <input type="checkbox"/> Especialistas del habla y lenguaje | <input type="checkbox"/> Especialista de Personas con Impedimentos del oír | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Maestros de Personas con impedimentos visuales | <input type="checkbox"/> Enfermera/o | <input type="checkbox"/> Instructor de Orientación/ Movilización |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental de la Comunidad | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Especialista de Intervención Temprana |
- Otros (especificar) _____

Doy mi consentimiento para una evaluación/asesoramiento de mi hijo/a con el proposito de determinar elegibilidad y/o determinar necesidades para intervención temprana.

Doy mi consentimiento para un asesoramiento de las Necesidades de la Familia. Esta información será incluida en el IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) para ayudar a identificar prioridades, necesidades y recursos de la familia relacionados con mi hijo/a.

Tengo entendido que los resultados se mantendrán confidenciales y que estaré invitado/a a atender la reunión del IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) para discutir los resultados del asesoramiento. Tengo también entendido que ningún servicio resultará sin mi permiso por escrito.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Miembro Del Equipo del IFSP _____ Posición: _____

Agencia _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____