

Student ID#

Consentimiento para la evaluación de la niñez temprana y para usar y compartir información

Nombre del niño/a	Sexo M F	Fecha de nacimiento	Edad:
Nombre del padre/madre/tutor:	Relación con el niño/a:		
El niño/a vive con: <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> abuelos <input type="checkbox"/> otro (especifique): <input type="checkbox"/> padres adoptivos <input type="checkbox"/> guardián _____	Email:		

La evaluación de la niñez temprana es requerida antes de asistir al kínder o primer grado en una escuela pública a menos que la rechace por razones personales. Si su niño ya recibió esta evaluación en Headstart, Child and Teen Checkups u otro proveedor, presente un comprobante que contenga la fecha de la evaluación y los resultados a la escuela de su niño. Esta evaluación no reemplaza el chequeo físico regular para su niño. Incluye un examen de la vista que ayuda a detectar posibles problemas de la vista, pero no substituye un examen completo con el oftalmólogo. Los estándares de la evaluación son los mismos para todos los niños sin importar la raza, ingreso económico, color de piel, creencia política o sexo.

1. ¿Qué información se obtendrá en esta evaluación?

- Chequeo de la vista y el oído (**Fecha futura**)
 - Información sobre cómo está creciendo su niño
 - Chequeo del desarrollo
 - Revisión del record de vacunas
 - Información sobre recursos de la comunidad
- Chequeo de factores que puedan afectar la salud, desarrollo o aprendizaje de su niño

2. Si doy consentimiento ¿Cómo se utilizara la información?

- Para solicitar más evaluaciones o servicios para la salud, crecimiento, desarrollo o aprendizaje de su niño y transmitir la información a los proveedores de salud, educación, MPS Educación Especial y servicios de habla, o servicios sociales.
- Para cumplir con los requisitos para la entrada de su niño a la escuela pública, u otros programas de aprendizaje preschoolar.
- Para observar los programas de evaluación de Minneapolis, de los departamentos de salud, educación y los servicios humanos. El nombre de su hijo no será publicado.
- Para demostrar cómo se utiliza el dinero del gobierno a través del distrito escolar para ofrecer servicios de evaluación de la niñez temprana.
- Para planear programas de la niñez temprana que tal vez se recomienden al finalizar la evaluación.

3. ¿Qué ocurre si rechazo que compartan la información?

- Usted tiene el derecho de rechazar cualquier parte de la evaluación.
- Tiene el derecho a rechazar futuras evaluaciones, diagnostico o tratamiento que se recomiende para su niño.
- Su niño no se verá afectado para calificar para otros servicios de salud, educación o servicios sociales por no haber hecho la evaluación.
- La información que se obtenga en esta evaluación es privada y no se puede divulgar excepto con permiso explícito de los padres de acuerdo con las leyes de privacidad estatales y federales.

Su firma indica que usted ha leído, entendido y aceptado que la información se puede utilizar como se indicó anteriormente. Doy permiso para:

La evaluación completa

La evaluación sin incluir lo siguiente:

Autorizo que se compartan los resultados de mi niño con las siguientes entidades:

Distrito Escolar	Proveedor de salud mental
Programa de pre-escolar	Agencia de salud publica
Way to Grow	Doctor
Dentista	MPS ECSE/Servicios de habla
Proveedor de guardería	Otro
Head Start	
ECFE	

✓ Firma

Relación con el niño

Fecha de hoy

Inscripción para la evaluación preescolar

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: El padre, la madre o el tutor del menor debe llenar la página 1 del formulario de inscripción. La página 2 es para uso exclusivo del personal del distrito escolar. Imprima el formulario o llénelo en forma electrónica.

Nombre Legal del Menor: (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Apodo u Otro Nombre del Menor (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Fecha de nacimiento del menor: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____ P.O. Box: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____ P.O. Box: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Responda la siguiente pregunta sobre raza u origen étnico: Indio americano: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica la cual mantiene una identificación cultural a través de una afiliación tribal o un reconocimiento comunitario. (escoja UNO)

_____ NO, no es indio americano

_____ Sí, es indio americano

A continuación responda las siguientes preguntas sobre normas federales con respecto a raza u origen étnico: Puede escoger más de una respuesta en la Parte B. Consulte en la parte superior de la página 2 las instrucciones específicas para llenar esta sección.

***Parte A: ¿Es el menor hispano o latino? (escoja UNO)**

_____ NO, no es hispano o latino

_____ Sí, es hispano o latino

***Parte B: ¿Cuál es la raza de su hijo? (escoja TODO lo que corresponda)**

_____ Indio americano o nativo de Alaska

_____ Asiático

_____ Negro o afroamericano

_____ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

_____ Blanco

INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA PRINCIPAL/SECUNDARIO

¿Qué idioma aprendió primero su hijo? _____ Inglés Otro (especificar) _____

¿Qué idioma se habla más frecuentemente en su hogar? _____ Inglés Otro (especificar) _____

¿Qué idioma habla habitualmente su hijo? _____ Inglés Otro (especificar) _____

INFORMACIÓN SOBRE CONTROLES PREVIOS DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

¿Se le hizo un control completo de la salud y el desarrollo a su hijo en edad preescolar (3-5 años)?

_____ Sí _____ NO Si responde "Sí", fechas de control: _____ Lugar: _____

¿Alguna vez se evaluó a su hijo para obtener educación especial o alguna vez obtuvo servicios de educación especial mediante un programa de educación individualizada (IEP) o un plan de educación familiar individualizada (IFSP)?

_____ Sí _____ NO

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Por la presente, declaro que la información reportada más arriba es veraz y actual a mi saber y entender.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Evaluaciones Pre-escolares INFORMACIÓN

FAMILIAR Y DE SALUD

Usted puede negarse a contestar preguntas sobre la salud de su hijo(a) o sobre circunstancias familiares. Rechazar cualquier parte de la evaluación no impide que su hijo(a) sea inscrito en la escuela.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño(a): _____ Student ID: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Niño Niña

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO DE SU NIÑO(A)

Clínica: Su hijo o hija ha sido visto/evaluado en los últimos 12 meses? Si No
Dentista: Su hijo o hija ha sido visto/evaluado en los últimos 12 meses? Si No
Examen de la vista con un Optometrista u Oftalmólogo: Si No
¿Su niño(a) tiene seguro médico? Si No Asistencia Médica(MA) Si No

CUIDADO PRENATAL, EMBARAZO, Y INFORMACION SOBRE EL PARTO

Mi hijo(a) es adoptado(a)? Si No
Hubo algún tipo de problemas que necesitaron cuidado especial durante su embarazo?
nació a término Si No Si fue premature, cual fue el peso al nacer?
Durante su embarazo, estuvo expuesta a el uso o contacto de alguna substancia quimica? (drogas, alcohol, o cigarros)

El bebe se quedo en el hospital o se fue a casa con usted?

HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO(A)

Inmunizaciones: tiene todas las vacunas no tiene todas las vacunas No sé Yo rechazo conscientemente las vacunas
Su hijo o hija tiene algun problema de salud o diagnostic medico? Si No
Su hijo o hija ha estado hospitalizado(a), tenido alguna lesion o golpe en la cabeza, alergias, preocupaciones sobre su vista o su oido y como escucha, o toma medicamentos actualmente? Si su respuesta es si, porfavor explique.
Tiene algunas preocupaciones en cuanto como duerme su hijo o hija?
Tiene preocupaciones sobre el apetito o nutricion de su hijo o hija?

SEGURIDAD EN EL HOGAR/FACTORES FAMILIARES

Su hijo o hija ha tenido niveles elevados de plomo? Si No Si es que si, porfavor explique.
Tiene preocupaciones si su hijo o hija ha estado expuesto a violencia, abuso, drogas de la calle, fumar cigarros o otra cosa adictiva?
Si es que si, porfavor explique. Si No
Tiene alguna otra preocupacion sobre su hijo o hija que le gustaria discutir?
¿Ha habido algún tipo de estrés que pueda afectar a su niño(a)?

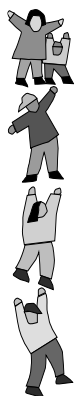


¿SABÍA USTED QUE SU HIJO PUEDE TENER ESTOS DERECHOS?

- De inscribirse inmediatamente en la escuela.
- De continuar asistiendo a la misma escuela si el transporte es posible.
- De asistir a programas especiales y actividades después de clases.
- De calificar automáticamente para recibir el almuerzo gratuitamente en la escuela sin la necesidad de completar el formulario de solicitud.
- De recibir servicios necesarios al igual que otros estudiantes.

Si usted o su familia viven en una de las situaciones descritas a continuación, su estudiante cumple con la definición de McKinney-Vento de ser una persona que no tiene hogar o es altamente movable debido a la falta de una residencia fija, regular y adecuada.

Usted o su familia ¿Vive en alguna de estas situaciones? (Marque todas las que apliquen)



- En un shelter (refugio o albergue) o un programa de vivienda temporal _____
_____ (nombre)
- En un motel, hotel o en una vivienda de tarifa semanal
- “Doble” con amigos o familiares porque usted no puede encontrar o pagar vivienda
- En un edificio abandonado, en un lugar público, en un automóvil o algún otro tipo de alojamiento inapropiado
- En cuidado sustituto de emergencia
- NINGUNA DE ESTAS SITUACIONES SE APLICA**

Sí, yo/nosotros vivimos actualmente en una de estas situaciones. A los niños que se enumeran a continuación, se les deben otorgar los derechos mencionados anteriormente.

Nombre del estudiante	ID# (staff complete)	Fecha de nacimiento
Nombre del estudiante	ID# (staff complete)	Fecha de nacimiento
Nombre del estudiante	ID# (staff complete)	Fecha de nacimiento
Firma del padre/tutor o firma del estudiante	Telefono	Fecha

Esta información es confidencial.

Llame al District Liaison (representante del distrito) al 612-668-5480 para obtener más información si fuese necesario.
(Sólo para el uso del personal)

Staff Only: Fax to Tina O’Shaughnessy 612-343-1103

Submitted by: _____
School Name: _____