

Distrito Escolar de Davis
Safe Schools Clinical Team
(Equipo Clínico de Seguridad Escolar)
Permiso de Evaluación

Yo doy permiso para que el “Safe Schools Clinical Team” (SSCT) (Equipo Clínico de Seguridad Escolar) administre una evaluación educativa y de conducta de mi hijo/a, inclusive pero no limitado a esas áreas nombradas en el Decreto de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de Utah (Utah Family Education Rights & Privacy Act), Sección 53A-13-302. Los **resultados** serán compartidos (enviados y recibidos) con los empleados del Centro FECC. Luego, las notas del resumen y consideraciones serán dialogadas por el **Equipo de Administración del Caso del Distrito Escolar de Davis con el equipo escolar local que asiste**. Además, el Facilitador de Recursos Educativos de la Familia y/o el Terapeuta de Integración Educativa puede/n participar para ayudar, ya sea para ofrecer sesiones de consejería limitadas, o conectar a la familia/s con recursos y comunicarse con los equipos locales. Este resumen no es un informe completo, ni la/s recomendación/es del distrito. Tienen el propósito de ser consideradas por el personal escolar. Al firmar este formulario indica que usted ha recibido una copia del Utah Family Education Rights and Privacy Act (Decreto de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de Utah), Sección 53-A-13-302, que usted renuncia al período de dos semanas de espera y da permiso a los empleados y los especialistas de consulta de salud de la conducta que dirijan una evaluación en las áreas que ellos determinen adecuadas. En la mayoría de los casos, usted tiene la opción de conseguir una evaluación a su propio costo, de otro profesional capacitado o agencia adecuados. Ésta no es una evaluación de Educación Especial. Sin embargo, los resultados seleccionados pueden ser compartidos con los Equipos de Educación Especial y/o Administración del Caso y ellos deben ser comunicados si hay una pregunta de Educación Especial. Puede que usted necesite firmar una autorización de exhibición de información para enviarse a otra persona o agencia/s. **Se requiere que usted haga una cita o llame para obtener los resultados** comunicándose con el profesional que realizó la evaluación. Usted tiene el derecho de revisar los resultados y corregir los errores de los hechos. Su firma indica que usted ha leído lo anterior y que lo siguiente fue dialogado con usted:

____ Razón de la evaluación

____ Confidencialidad limitada

____ Tipos generales de prueba/Entrevista clínica

____ Copia de derechos FERPA se entregó/
dos semanas de espera

____ Presentación y uso de resultados/Opinión del Padre

____ Rechazo del derecho/Evaluación alternativa

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento _____

Firma del Padre/s/Guardián

Firma del Estudiante (Si 18 o +)

Fecha de Hoy

Comentarios: