

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196
Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools
Educating our students to reach their full potential

Numero de Serie **501.3.2P** Aprobado **abril 1994** Revisado **marzo 2016**

Titulo **Autorización paternal- Evaluación de la salud y desarrollo de la primera infancia (ECS)**

1. **Descripción del Programa**

- 1.1 Los componentes necesarios para la evaluación de la primera infancia (ECS) son:
 - 1.1.1 Evaluación de las vacunas;
 - 1.1.2 Evaluación del desarrollo para medir el desarrollo de las habilidades cognitivas, motrices finas y gruesas; el habla y lenguaje; el comportamiento socio-emocional y las habilidades de autosuficiencia;
 - 1.1.3 Pruebas de audición y visión;
 - 1.1.4 Estatura y peso;
 - 1.1.5 Historial de salud, y
 - 1.1.6 Una entrevista resumida.
- 1.2 Se recomienda una conversación sobre las circunstancias familiares que podrían afectar la preparación para el aprendizaje del niño.

2. **Derechos, obligaciones y garantías de los participantes**

- 2.1 Los estándares para el programa son los mismos para todos sin importar la raza, color, credo, religión, origen nacional, sexo, estado civil, estado familiar, discapacidad, estado con respecto a la asistencia pública, orientación sexual, información genética o edad.
- 2.2 El padre o tutor tiene el derecho de rechazar la participación de su hijo en cualquiera o todos los componentes del programa de evaluación presentando una declaración de conciencia del padre o tutor (Procedimiento del Distrito 501.3P, Objeción de Conciencia a la Evaluación de la Primera Infancia).
- 2.3 El padre o tutor tiene el derecho de rechazar la recomendación para la evaluación, diagnóstico y posible tratamiento de su hijo.

3. **Aviso obligatorio al padre/tutor:** Su hijo no necesita someterse a una evaluación por el Distrito 196 si el/ella ha recibido una evaluación similar por otro distrito escolar o por un proveedor de atención médica u organización privada o pública dentro del año anterior. Los registros de esa evaluación deben enviarse al Distrito 196 a más tardar 30 días después de que su hijo asista por primera vez a la escuela pública. Usted puede rechazar contestar preguntas o proporcionar información sobre las circunstancias familiares que podrían afectar el desarrollo y la identificación de los factores de riesgo que podrían influir en el aprendizaje. El hecho de que usted no proporcione dicha información no impedirá que su hijo se inscriba en la escuela si se cumplen todos los demás elementos de la evaluación. La información recopilada de la evaluación será utilizada para los propósitos descritos a continuación por empleados y agentes del Distrito Escolar 196. Usted no está obligado a proporcionar la información solicitada, pero su rechazo podría impedir que el Distrito 196 complete la evaluación obligatoria.

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOPIACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN

Los datos de resumen o datos individuales recolectados a través de la evaluación pueden ser usados por el Distrito 196 para:

1. Facilitar la consejería u otros servicios de seguimiento que el padre o tutor pueda querer obtener después de la evaluación;
2. Transmitir información útil al Distrito 196 u otro proveedor de servicios si se hace referencia para una evaluación posterior;
3. Permitir que el distrito escolar local, el Departamento de Educación de Minnesota o el Departamento de Salud de Minnesota evalúen el programa de detección (durante una evaluación por parte de un departamento estatal, la identidad del niño permanecerá anónima);
4. Proporcionarle acceso y demostrar responsabilidad por los fondos del gobierno que son pagados al distrito escolar local para proporcionar los servicios requeridos de detección de la primera infancia, y/o
5. Planificar los programas de educación de la primera infancia y el ingreso a la escuela.

Al dar permiso a continuación, autorizo al Distrito Escolar Independiente 196 a llevar a cabo una evaluación para ser utilizada en los registros permanentes de salud y desarrollo de la escuela, además de los propósitos mencionados anteriormente. Entiendo que los resultados de las pruebas de detección se clasifican como datos privados.

_____ Autorizo el paquete completo de evaluación indicado anteriormente para _____
(nombre del niño/a)

_____ Autorizo el paquete de evaluación indicado anteriormente para _____
(nombre del niño/a)

con la excepción de los siguientes componentes: _____
(presentar el Procedimiento 501.3P, llamado; Objeción de Conciencia a la Evaluación de la Primera Infancia.)

_____ Rechazo la participación _____
(nombre del niño/a)
(someter el Procedimiento 501.3P, llamado; Objeción de Conciencia a la Evaluación de la Primera Infancia o evidencia de otra evaluación aprobada)

Firma: _____ Relación al estudiante: _____ Fecha: _____

Además, autorizo la divulgación de la información de la Evaluación de la Primera Infancia a las siguientes fuentes para propósitos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o programación. (Marque y especifique cualquier persona o agencia que desee recibir información sobre la evaluación de su hijo; incluya nombre y dirección.) Entiendo que esta autorización específica expira un año después de la fecha de mi firma.

- _____ Médicos _____
- _____ Guardería Infantil _____
- _____ Enfermería de Salud Pública del Condado de Dakota _____
- _____ Agencia de Servicios Sociales del Condado de Dakota _____
- _____ Otro _____

Firma _____ Relación al estudiante _____ Fecha _____