



Consentimiento para Efectuar una Evaluación Preliminar (“Child Find Screening”)

Preescolar (si es aplicable): _____ Fecha: _____

Por medio de este formulario se otorga el consentimiento al Florida Diagnostic and Resources System – Programa de Child Find a proveer una evaluación preliminar (“screening”) a su hijo/a.

Su hijo podrá ser examinado en las siguientes áreas de su desarrollo:

Habla: con cuánta claridad el niño hace sonidos y pronuncia las palabras

Lenguaje: cómo el niño entiende y usa las palabras

Destrezas motoras: cómo el niño usa su cuerpo, brazos y piernas

Destrezas fino-motoras: cómo usa el niño sus manos, dedos y ojos

Personal: cómo el niño hace las cosas por sí mismo

Social: cómo se relaciona el niño con otras personas y cómo sigue las reglas

Pensar: razonamiento, resolviendo problemas, alfabeto, contar

Vision & Audicion

Usted recibirá una copia de los resultados de esta evaluación preliminar. Para información adicional, favor de comunicarse con:

Child Find del Condado Monroe
Laura Toman, Especialista de Child Find
Marathon High School
350 Sombrero Beach Rd.
Marathon, FL 33050
(305) 340-7634
Laura.Toman@keysschools.com

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE:

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Raza: _____

Sexo: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Teléfono del hogar: _____

Teléfono del empleo-madre: _____

Teléfono del empleo-padre: _____

Telefono Otro: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____

Correo electrónico: _____

Código Postal: _____

El niño se desempeña en los siguientes idiomas (favor de marcar todos los que aplican)

Inglés _____ Español _____ Polaco _____ Criollo _____ Otro _____

Mi preocupación es:

() **Sí, yo doy mi consentimiento para la evaluación preliminar que se propone efectuar.**

() **No, yo no doy mi consentimiento para la evaluación preliminar que se propone.**

Firma del padre/madre o tutor: _____ **Fecha:** _____

_____ Yo entiendo que la información obtenida será compartida con el centro de cuidado de mi hijo(a) o con otro organismo o fuente de recomendación _____.

_____ Yo no quiero que la información obtenida sea compartida con ningún otro individuo u organismo.