

# Consentimiento paterno para *Early On*

## Tipo de valoración/evaluación

- ☐ Evaluación inicial
- ☐ Valoración inicial
- ☐ Evaluación para determinar la elegibilidad continua
- ☐ Valoración continua

## Información sobre el niño/a y los padres/tutores

**Nombre legal del niño/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

## Información

*Early On* Michigan ayuda a garantizar que los niños/as que reúnen los requisitos reciban los servicios que necesitan para estar sanos, crecer y desarrollar las habilidades adecuadas. Para saber si su hijo/a reúne los requisitos para recibir los servicios de *Early On*, **o para evaluar su desarrollo**, se le evaluará en las siguientes áreas:

- Comunicación:
  - ▶ cómo entiende su hijo/a y le hace saber lo que quiere.
- Socioemocional:
  - ▶ cómo se relaciona su hijo/a con los miembros de la familia y otras personas.
- Cognitivo:
  - ▶ cómo piensa y resuelve su hijo/a los problemas.
- Adaptivo:
  - ▶ cómo realiza su hijo/a tareas como vestirse, alimentarse e ir al baño.
- Físico:
  - ▶ *Motricidad*: cómo se mueve su hijo/a.
  - ▶ *Estado de salud*: revisión del historial y el estado de salud de su hijo/a, incluyendo exámenes de visión y audición.

Usted es quien mejor conoce a su hijo/a y el que puede proporcionar información importante sobre él/ella. Además, es posible que se les solicite al médico de su hijo/a y a otras personas que lo conozcan que proporcionen información sobre sus puntos fuertes, necesidades, salud y desarrollo. *Early On* solo recopila información sobre su hijo/a si tiene su permiso.

La información recopilada se guarda en un expediente confidencial de *Early On*. Para obtener más información sobre cómo funciona *Early On* y los derechos de su familia, visite

la página web de [Recursos para familias de Early On Michigan](#) en el sitio web de [Early On Michigan](#) (1800earlyon.org).

## Consentimiento

Por favor, indique Sí o No para las siguientes afirmaciones que le sean aplicables:

- ☐ Me gustaría saber si mi hijo/a y mi familia cumplen los requisitos para participar o continuar en *Early On* Michigan.  

Sí	No	Doy mi consentimiento para que se evalúen/valoren las capacidades de mi hijo/a.
Sí	No	Doy mi consentimiento para que se revisen los registros médicos, educativos o de otro tipo con el fin de ayudar en la evaluación/valoración de mi hijo/a.
Sí	No	Entiendo el formulario de consentimiento.
- ☐ No doy mi consentimiento para que se realice una evaluación/valoración de mi hijo/a. Entiendo que mi hijo/a no será evaluado/a para determinar su elegibilidad para el programa *Early On*. Entiendo que sin el consentimiento y la evaluación, no se elaborará un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) y no recibiremos los servicios que ofrece *Early On* Michigan.

**Firma de padre/madre/tutor:**\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Representante de *Early On*:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_