



Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Programa certificado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts

Aviso escrito previo y consentimiento para la evaluación/valoración funcional

Este aviso es para informarle sobre una evaluación/valoración funcional propuesta, que usted puede autorizar o rechazar.

La evaluación determina si su niño reúne (o continúa reuniendo) los requisitos para Intervención Temprana (IT)*. Puede incluir una revisión de archivos, observaciones, información obtenida de otras personas que conocen a su niño, una entrevista con los padres y una evaluación del desarrollo con instrumentos formales e informales. Todos los niños pueden recibir una evaluación a solicitud de los padres. El equipo examinará el desarrollo cognitivo, físico (evaluación médica, visual y auditiva), de la comunicación, adaptativo/cuidado personal y social/emocional. El equipo también puede examinar los historiales médicos, del desarrollo o del nacimiento. Ustedes deciden qué información quieren compartir. Si aceptan solo algunas partes de la evaluación, es posible que el personal de IT no pueda determinar si su niño reúne los requisitos. Por ejemplo, si aceptan dar información sobre los antecedentes médicos y del nacimiento de su niño, pero no autorizan la evaluación, el personal de IT tal vez no pueda determinar si su niño reúne los requisitos.

La valoración funcional reúne información sobre su niño y la familia. Es una manera de examinar las fortalezas y las necesidades existentes del niño. Puede demostrar si su niño está progresando, desarrollando habilidades y cómo pueden ayudar los servicios y el apoyo de IT. Aunque una evaluación y una valoración funcional parezcan ser iguales, la valoración funcional se puede hacer en cualquier momento y no determina la elegibilidad para Intervención Temprana.

La participación en programas de Intervención Temprana es voluntaria. Su consentimiento es necesario para la evaluación o valoración funcional. "Consentimiento" significa que usted acepta la evaluación y/o la valoración funcional.

Acción propuesta:	Cita:	Servicios de Intervención Temprana
<input type="checkbox"/> Evaluación para determinar la elegibilidad. <input type="checkbox"/> Valoración funcional para determinar las fortalezas y las necesidades existentes. <u>¿Qué se evaluará?</u>	Fecha: Hora: Lugar: Si tiene que cambiar la fecha de esta cita, llame a la oficina.	Nombre/disciplina Nombre/disciplina Nombre/disciplina Nombre/disciplina

Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo decidir, en cualquier momento, que no se evalúe a mi niño, aun después de haber firmado este formulario. Entiendo que si no autorizo la evaluación, mi niño no será evaluado o valorado y no podrá recibir servicios de intervención temprana.

Lea el aviso de los derechos de la familia en *Massachusetts Early Intervention and You* *Intervención Temprana en Massachusetts y usted*. El personal de IT estará complacido de contestar todas sus preguntas. **Opcional: Entiendo lo anteriormente explicado y acepto que la actividad puede empezar antes de los tres días naturales previos a la fecha límite del aviso escrito.**

Iniciales del padre o la madre:

Firma del padre

Fecha

Firma del padre

Fecha

*Un niño elegible en base al juicio médico es elegible durante seis (6) meses.

El costo de la evaluación está cubierto por su seguro, Mass Health o el Departamento de Salud Pública. Las familias no tienen que pagar por una evaluación para Intervención Temprana.

Date mailed or delivered:

Staff Initials: