



PARENT/GUARDIAN CONSENT FOR EVALUATION

Center: _____

Child's Name: _____

DOB: ____ / ____ / _____

Child's Address: _____

Dear Parent/Guardian,

In order to provide the best possible services for your child, we would like to schedule further testing in the areas marked below:

- Educational Language Medical
 Psychological Speech Social History
 Adaptive Behavior Physical Therapy Occupational Therapy
 Nutrition Other (Specify) _____

With your consent to evaluate, your child will be referred to:

(Name of Provider)

(Write in description of services to be performed in the space provided below):

I have received notice of my rights in my primary language. (Parent's/Guardian's Initials) _____

I would like to participate in my child's evaluation process. (Parent's/Guardian's Initials) _____

I Do Do Not consent for the above stated evaluation of my child.

I Do Do Not consent for the exchange of information, regarding the evaluation, between the program and the named provider/agency. I understand that the evaluation results will be discussed with me afterwards and that this information will not be released to other agencies or individuals without my written consent.

Signature of Parent/Guardian

____/____/____
Date

Signature of Parent/Guardian

____/____/____
Date

Original: Family File Disability Section

Copy: Parent/Guardian



CONSENTIMIENTO DE PADRES/TUTOR PARA EVALUACION

Nombre del Centro: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / _____

Domicilio del estudiante: _____

Estimado Padre(s)/ Tutor (es),

Para poder proveer los mejores servicios posibles para su hijo(a), quisiéramos fijar una cita para exámenes más amplios en las áreas marcadas en la sección de abajo:

___ Educación ___ Lenguaje ___ Medica

___ Psicológico ___ Habla ___ Historia Social

___ Comportamiento de Adaptación ___ Terapia Física ___ Terapia Ocupacional

___ Nutrición ___ Otro (Especifique) _____

Con su consentimiento para evaluar a su hijo(a) será referido(a) a:

(Nombre de Proveedor)

(Escriba la descripción de los servicios que se le ofrecerá):

Se me ha informado de mis derechos, en mi idioma principal. (Iniciales del Padre/Tutor) _____

Me gustaría participar en el proceso de evaluación de mi hijo(a). (Iniciales del Padre/Tutor) _____

___ Si ___ No consiento para la evaluación, que arriba se menciona, de mi hijo(a).

___ Si ___ No consiento para el intercambio de información, relacionada con dicha evaluación, con el programa y el proveedor y/o la agencia mencionada(os). Yo entiendo que los resultados de la evolución serán tratados conmigo y que esta información no será dada a otras agencias o individuos sin mi consentimiento por escrito.

Firma del Padre/Tutor

____/____/____
Fecha

Firma del Padre/Tutor

____/____/____
Fecha

Original: Archivo Familiar en la Sección de Discapacidad

Copia: Padre/Tutor