

# SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE KERN

- CENTRO REGIONAL DE KERN - (661) 327-8531 • FAX (661) 327-8676
- SELPA DEL DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE BAKERSFIELD - (661) 631-5850 • FAX (661) 631-3289
- CONSORCIO SELPA DEL CONDADO DE KERN - (661) 636-4817 • FAX (661) 636-4810
- SELPA DE SIERRA SANDS - (760) 375-3363 • FAX (760) 375-3338

- Inicial
- Transición
- Especial

## CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE EVALUACIÓN Y ASESORAMIENTO

### PARA LOS PADRES O TUTORES DE:

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del niño (Primer nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de la referencia \_\_\_\_\_

La razón por la cual se solicita la evaluación y el asesoramiento; es para considerar al niño/a para los Servicios de Intervención Temprana debido a que se sospecha una discapacidad o condición médica que pueda resultar en atrasos del desarrollo.

La evaluación y el asesoramiento ayudarán a determinar si su niño necesita comenzar o continuar recibiendo servicios de las organizaciones locales que participan en los Servicios de Intervención Temprana de California del Acta de Educación de Individuos con Discapacidades - Parte C. Estas pruebas ayudarán a identificar las fortalezas de su niño y las áreas en las cuales necesita ayuda. La evaluación y el asesoramiento podrían incluir: 1) la observación de su niño en el hogar o en otro ambiente adecuado; 2) una entrevista con usted; 3) la revisión de los reportes médicos y otros reportes que usted quiera compartir; 4) Pruebas, exámenes que pueden incluir algunas o todas las áreas siguientes:

<input checked="" type="checkbox"/> SI SE APLICA	ÁREAS DEL DESARROLLO	HABILIDADES
	Músculos grandes	Movimiento coordinado de los músculos grandes; por ejemplo: equilibrio, gatear, caminar, correr, incluyendo orientación y movilidad.
	Músculos pequeños	Movimiento coordinado de los músculos pequeños especialmente las manos y los brazos; por ejemplo: agarrar, dibujar, manipular objetos.
	Cognición	La percepción, el procesamiento, acumular y recordar información oída o vista; por ejemplo: distinguir, memoria, relaciones, resolución de problemas.
	Lenguaje/ Comunicación	La habilidad de recibir y entender información y demostrar comprensión a través del habla, los gestos y la escritura.
	Social/Emocional/ Familiar	Los ajustes del comportamiento en la sociedad y en las relaciones con otros y con sí mismo; la información de la familia que puede incluir recursos, prioridades y preocupaciones.
	Autosuficiencia	La habilidad de cuidarse a sí mismo; por ejemplo: vestirse, arreglarse, ir al baño, comer/alimentarse.
	Salud	La vista*, el oído*, la salud general y el desarrollo físico, estado médico.

\*Se requiere documentación de la evaluación/el estado actual.

Los Profesionales que participarán en la evaluación y el asesoramiento pueden incluir:

- Maestro de Educación Especial
- Especialista del Habla y Lenguaje
- Trabajador Social
- Organización: \_\_\_\_\_
- Especialista de Desarrollo Infantil Particular
- Enfermera
- Audiólogo
- Intérprete
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- Médico
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Terapeuta Físico
- Coordinador de la Evaluación/Servicio
- Agencia:  Centro Regional de Kern
- Otro: \_\_\_\_\_

Para mayor información sobre la evaluación y sus derechos legales (al reverso) por favor llame a: \_\_\_\_\_, Coordinador Interino de Servicios, al ( ) \_\_\_\_\_.

Idioma principal del niño/a:  Español  Inglés  Tagalog  Ilocano  Señas  Otro: \_\_\_\_\_

- He revisado mis derechos legales de IDEA Parte C según están presentados al reverso de este formulario y doy permiso para la evaluación y el asesoramiento como se ha descrito. Comprendo que la información de la evaluación y el asesoramiento serán usados para determinar si mi niño es elegible para recibir servicios y para ver cuales servicios pueden ser necesarios. Sin embargo, los servicios serán proporcionados únicamente con mi consentimiento por escrito. También entiendo que obtendré una copia de los resultados completados de la evaluación y el asesoramiento.
- He recibido una copia ampliada de los Derechos de los Padres.
- No quiero que mi niño/a sea evaluado ahora.

Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo/Intérprete \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Blanco: LEA      Amarillo: Centro Regional de Kern      Rosa: Padres o tutores legales  
SE:H04-S Rev. 10/08