

Chicago Public Schools
Consentimiento para Evaluar, Referir, y Compartir la Información
(POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO EN COMPUTADORA O ESCRIBA CLARAMENTE)

<input type="checkbox"/> Transición de Intervención Temprana del CFC #	¿Tiene el número de identificación de CPS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: CPS ID#
--	---

Fecha en la que se refiere a el/la niño(a): _____ / _____ / _____

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO : _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ / _____ / _____ **Género:** M F
(Nombre legal - tal como aparece en el certificado de nacimiento)

AGENCIA QUE REFIERE A EL/LA NIÑO(A): DFSS PFA/PI/Child Care DFSS Early Head Start/Head Start Start Early

Agencia: _____ Sitio: Nombre del lugar _____ Dirección: _____

Nombre del Contacto: _____ Posición: _____

Teléfono de Contacto: () - Email: _____ Fax: () -

Coordinador de Servicios de Discapacidades: _____ CSD Teléfono: () -

PADRE/MADRE/TUTOR: _____ **Relación con el/la niño(a):** _____

Idioma Primario del Hogar: _____ Idioma Primario de el/la niño(a): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primario: () - Celular: () Correo electrónico: _____

Contacto con los Padres/Cuidador a través: La Agencia que Referir/Refiere Otro: () -

RAZÓN POR LA QUE SE REFIERE A EL/LA NIÑO(A) (incluya documentación adicional):

Resultados del Examen Observación de Maestro(a) Solicitud de los Padres Transición de Intervención Temprana
(paquete enviado por CFC - JSRCF da información adicional y consentimiento para revelar información)

ÁREAS DE PREOCUPACION (marque todas las que apliquen y añada las preocupaciones de padres/tutores/maestros):

Cognitiva/Educacional:

Comunicación:

Motricidad Fina:

Motricidad Gruesa:

Social/Emocional:

Audición:

Visión:

Salud:

COMENTARIOS (agregar comentarios adicionales si es necesario):

CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y PARA REGISTRAR DEL NIÑO:

- He sido completamente informado(a) acerca de los resultados de los estudios de mi niño(a) y comprendo que CPS revisará toda la información que tenga disponible, para determinar cuáles son las áreas de preocupación en mi hijo(a) que requerirán ser evaluadas.
- Entiendo que mi opinión para determinar lo anterior escrito es muy importante, y si yo no/y si no estoy de acuerdo con lo que se haya determinado, tengo el derecho de negar la autorización para evaluar a mi hijo(a).
- Yo autorizo a CPS para que inscriba a mi hijo(a) con el propósito de este proceso de evaluación, sin asistir como estudiante.

Chicago Public Schools

Consentimiento para Evaluar, Referir, y Compartir la Información

(POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO EN COMPUTADORA O ESCRIBA CLARAMENTE)

Estoy de acuerdo con que CPS comparta toda la información encontrada y resultados acerca de mi hijo(a) con las agencias mencionadas anteriormente

Este consentimiento es válido por un año a partir del día en que se firme a continuación:

Escribe/escriba el Nombre del Padre/Madre/Tutor

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

