



# Aviso y consentimiento para pruebas de detección

**OBJETIVO:** Dar aviso previo a los padres cuando se proponga una prueba de detección y obtener el consentimiento de los padres para realizar la prueba de detección..

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	COORDINADOR DE RECURSOS DE LA FAMILIA
-----------------	---------------------	---------------------------------------

## MOTIVO DEL AVISO

El programa ESIT está obligado a darle aviso previo por escrito, con una anticipación razonable, antes de iniciar las actividades de detección (identificación). Se requiere que usted otorgue su consentimiento informado, por escrito a estas actividades por medio de su firma al calce. El objetivo de la detección es determinar si su niño requiere evaluación o valoración dentro del programa ESIT. Esta es su declaración de ese aviso.

*"Consentimiento" significa que: (1) Usted ha sido informado plenamente de toda la información pertinente a las actividades para las que se solicita el consentimiento, en su lengua materna o por otro modo de comunicación, como lenguaje de señas, Braille o comunicación oral, si resulta apropiado; (2) que usted comprende y acepta por escrito llevar a cabo las actividades para las que se solicita el consentimiento; (3) el consentimiento describe las actividades y menciona los registros de intervención temprana (de haberlos) que serán divulgados y a quiénes les serán divulgados; y (4) el otorgamiento de su consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su consentimiento, esto no es retroactivo (no se aplicará a las acciones que ocurrieron antes de que el consentimiento se revocara).*

## ACCIÓN PROPUESTA

A su niño se le harán pruebas de detección en una o más de las siguientes áreas del desarrollo: cognitiva, motora gruesa, motora fina, comunicación, socioemocional, adaptativa, vista y audición. Los resultados de la detección se utilizarán para determinar si su niño necesita una evaluación o valoración dentro del programa ESIT. No obstante, si usted solicita una evaluación y otorga su consentimiento para la misma durante el proceso de detección, la evaluación se llevará a cabo incluso si no se sospecha que su niño tenga una discapacidad. Los resultados y la información que se obtengan durante la detección se mantendrán confidenciales.

## DESCRIPCIÓN

La manera de realizar la detección variará, dependiendo de las necesidades de su niño. Puede incluir la revisión de los registros médicos y del desarrollo, entrevistas con los padres, la observación del niño y/o la aplicación de herramientas de detección del desarrollo, tanto formales como informales. La persona que lleve a cabo las pruebas de detección hablará con usted sobre estos métodos y resultados.

## PLAZOS

Si se hace la determinación de que su niño necesita una evaluación/valoración, la evaluación/valoración y el desarrollo de un Plan de servicio familiar individualizado (por sus siglas en inglés, "IFSP") deben terminarse dentro de un plazo de 45 días calendario contados desde la fecha en que su niño fue derivado al programa ESIT. Si su familia necesita tiempo adicional a los 45 días, es importante que se lo diga a su coordinador de recursos de la familia.

Fecha en que su niño fue derivado al programa ESIT:

## ACEPTACIÓN Y DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

he recibido una copia de mis derechos y salvaguardas de procedimiento de acuerdo con la Parte C de IDEA (programa de Apoyo Temprano a Bebés y Niños, *Salvaguardas de Procedimiento [Derechos de los Padres] de la Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades* (por sus siglas en inglés, "IDEA") junto con este aviso.

padre/madre

Iniciales del

Estos derechos me han sido explicados y los entiendo. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo decidir, en cualquier momento, no permitir que se hagan pruebas de detección a mi niño, incluso después de firmar este formulario. Entiendo que si decido no consentir a las pruebas de detección, a mi niño no se le realizarán pruebas de detección. Entiendo que puedo solicitar una evaluación de mi niño en cualquier momento durante el proceso de detección, y que se llevará a cabo dicha evaluación.

Febrero de 2012

Sí  No otorgo mi consentimiento informado para que el programa ESIT lleve a cabo las actividades arriba descritas.

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE EN LETRA DE MOLDE**

**FIRMA DEL PADRE/MADRE**

**FECHA**

Febrero de 2012

RECIBIDO POR NOMBRE/PUESTO/AGENCIA	FECHA
------------------------------------	-------

Anexos; Programa de Apoyo Temprano a Bebés y Niños, *Salvaguardas de Procedimiento [Derechos de los Padres] de la Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (por sus siglas en inglés, "IDEA")*.

*Nota Los padres deben recibir una copia de este formulario y debe incluirse una copia firmada en los registros de intervención temprana del niño.*

Febrero de 2012