**FORMA DEL CONSENTIMIENTO**

**Nino/a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Evaluación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consiento al siguiente:

*(Nombre del padre-Imprima por favor)*

**Favor de inicial cada línea adonde le da permiso a MKSA LLC., consentimiento. Este consentimiento cubre:**

\_\_\_\_\_\_\_\_ Evaluación de la Base

\_\_\_\_\_\_\_\_ Evaluación Suplementar

\_\_\_\_\_\_\_\_ Gravamen de la familia (Forma del Departamento de Salud) **ofrecido y disminuido** (Intervención Temprana solamente)

\_\_\_\_\_\_\_\_ Gravamen de la familia (Forma del Departamento de Salud) **ofrecido y aceptado**

(Intervención Temprana solamente)

\_\_\_\_\_\_\_\_ Dar a conocer la información de la evaluación(es) al Departamento de Salud/Distrito Escolar.

\_\_\_\_\_\_\_\_ La revisión de cualesquiera otras exámenes, evaluaciones, o gravamen, realizado con el propósito del (diagnosis/información adicional) Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_ Obtenga y revisa la forma del estado de salud del niño/a del padre y/o del proveedor de medico de salud necesarios para completar la evaluación y proporcionar servicios en curso.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Obtenga prescripción del proveedor de medico de salud para proporcionar servicios relacionados.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Si el niño nombrado arriba se encuentra elegible para servicios de la Intervención Temprana, MKSA LLC., pueden distribuir todos los informes a todos los miembros del equipo proporcionando servicios.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Consiento tener la evaluación (resumen o informe) enviada al proveedor de salud de mi niño/a.

\_\_\_\_\_\_\_\_Consiento tener el resultado de la evaluación/es discutido con el médico nombrado abajo.

*Por favor indique el nombre del proveedor de salud de su niño/a:*

**Nombre del Medico:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fax:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guarda:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier tiempo.

***COMPLETA LO SIGUIENTE PARA INTERVENCION TEMPRANA SOLAMENTE:***

***Hay las necesidades del transporte relacionadas a lo siguiente: (Si sí, dé los detalles específicos abajo)***

La capacidad de proporcionar el transporte \_\_\_\_Si \_\_\_\_ No

Las necesidades especiales del niño /a relacionadas con el transporte \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Problemas de seguridad/las preocupaciones parentales relacionadas con el transporte \_\_\_ Si \_\_\_ No