



Permiso de Padres Para Evaluación - Remisión

Fecha: _____

Estimados padres / tutor:

Para proveer mejores servicios a su hijo(a), nos gustaría fijar una cita para hacerle más pruebas en las siguientes áreas marcadas o para una remisión o referencia.

<input type="checkbox"/> Educativo	<input type="checkbox"/> Lenguaje	<input type="checkbox"/> Evaluación Médica
<input type="checkbox"/> Psicológico	<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Remisión a LEA / CFC
<input type="checkbox"/> Conducta de Adaptación	<input type="checkbox"/> Terapia Física	(Agencia Local de Educación / Conexiones de la Familia y Niño)
<input type="checkbox"/> Historial Social	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Otro

Con este permiso, su niño será referido a:

_____ (persona que hace el diagnóstico o LEA/CFC)

A continuación, por favor indique con su firma que usted desea que procedamos con la evaluación y entendimiento que debemos hacer una remisión a CFC dentro de 2 días y si le gustaría participar en el proceso.

Yo he recibido el folleto sobre derechos educacionales para estudiantes con discapacidades en mi lenguaje primario y se me han explicado su contenido. (Iniciales de uno de los Padres) _____

Me gustaría participar en la evaluación de mi niño. (Iniciales de uno de los Padres) _____

YO PUEDO - NO PUEDO dar permiso para la evaluación indicada arriba para mi niño y para intercambiar información sobre dicha evaluación entre el programa y la persona o agencia que hace el diagnóstico.

Firma de uno de los Padres

Fecha

Si usted necesita alguna acomodación para entender mejor esto, por favor pídala