

CHILD AND FAMILY CONNECTIONS CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES Y DERECHO A REHUSAR SERVICIOS

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año): _____

Número CBO/EI: _____

Se ha remitido a su hijo al Programa de Intervención Temprana de Illinois (EI por sus siglas en inglés) para determinar si él o ella tiene una discapacidad. Se requiere que el Sistema de EI de Illinois obtenga por escrito el consentimiento informado antes de realizar una evaluación de la familia y el análisis y evaluación inicial. Esto se logra con la firma de usted más abajo.

Yo entiendo que no es obligatorio que yo acuerde aceptar cada uno o ninguno de los servicios de EI que se me ofrezcan. Sin embargo, si no acepto tales servicios, esto puede negar las oportunidades del desarrollo de mi hijo. Entiendo que puedo retirar este permiso por escrito en cualquier momento, excepto hasta el grado en que ya se haya tomado acción con motivo de mi consentimiento. Entiendo que mi negación a dar permiso, o mi retiro del permiso, resultará en una discontinuación de la participación en el programa EI

Aviso y consentimiento para la Evaluación Familiar

Se realizará una evaluación familiar a fin de determinar los recursos, las prioridades y las preocupaciones de la familia y de identificar las formas de apoyo y los servicios necesarios para mejorar la capacidad de la familia de satisfacer las necesidades del desarrollo del bebé o niño pequeño.

- Consiento a que la oficina de EI de *Child & Family Connections* administre una Evaluación Familiar.
- No consiento a que la oficina de EI de *Child & Family Connections* administre una Evaluación Familiar.

Aviso y consentimiento para Análisis y Evaluación Inicial

Una evaluación multidisciplinaria será realizada por un mínimo de dos individuos calificados y de especializaciones distintas. Se anima fuertemente la participación de usted en el proceso de evaluación. Usted conoce mejor a su hijo y puede aportar información importante acerca del niño. La evaluación brinda una visión cabal de cómo le va a su hijo en cuanto a su desarrollo físico, cognitivo, comunicativo, social o emocional y adaptivo. El método de realizar el análisis y evaluación variará según las necesidades de su hijo. Se puede incluir un repaso de archivos médicos o del desarrollo, entrevistas con los padres, una observación del niño y la administración de instrumentos de evaluación. Los evaluadores le explicarán este proceso.

- Consiento a que el Programa EI realice un Análisis y Evaluación Inicial.
- No consiento a que el Programa EI realice un Análisis y Evaluación Inicial.

Derechos del niño y de la familia con respecto a la Intervención Temprana

Se me han explicado los derechos de mi hijo y de mi familia con respecto a la Intervención Temprana y los entiendo. El Programa EI proveerá una copia del documento llamado *State of Illinois Infant/Toddler and Family Rights under IDEA for the Early Intervention System* (Los derechos de bebés, niños pequeños y sus familias en el Estado de Illinois bajo la Ley IDEA para el Sistema de Intervención Temprana), que describe estos derechos, los procedimientos que sigue el sistema EI y las medidas que puedo tomar para que se garanticen mis derechos de EI. Como lo explica el documento, entiendo

que tengo el derecho a estar en desacuerdo con las decisiones tomadas por el personal de EI, *Child and Family Connections* y cualquier proveedor de servicios, y se permite que yo presente un *State Complaint* (Queja Estatal) o que yo pida la Mediación o una *Due Process Hearing* (Audiencia del Debido Proceso).

Sistema de pagos y cuotas

El programa EI proporcionará a cada familia un Aviso del Sistema de Pagos y Cuotas, que contiene información sobre el uso de seguros privados y/o prestaciones de AllKids, participación en las Cuotas de Participación Familiar, servicios de Intervención Temprana que se proveen sin costo y servicios de Intervención Temprana que están sujetos a Cuotas de Participación Familiar, facturación al seguro privado y/o reembolso de AllKids.

Nombre del padre, madre o tutor,
escrito en letra sencilla: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Bajo las provisiones de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades de Desarrollo de Illinois, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC 1232g, y *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996, la información recogida por la presente no puede compartirse nuevamente a menos que la persona que dio la presente autorización dé su consentimiento específico para tal acción o la misma sea permitida por la ley.