



Head Start - Trabajadores Migratorios y de Temporada

CONSENTIMIENTO DE PADRES / TUTOR PARA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

Yo doy mi permiso para que _____ reciba de

(Nombre del Niño)

_____ el personal y de _____ lo siguiente:

(Nombre del Centro)

(Nombre del Especialista del Centro de Salud Mental)

Sí No DENVER II

Sí No CUESTIONARIO: SOCIO-EMOCIONAL

Sí No OBSERVACIÓN EN AULA O SALÓN DE CLASES POR EL ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL T

También, yo autorizo el intercambio de información sobre mi niño(a) entre el personal del centro y el especialista nombrado arriba.

Este permiso es válido hasta _____

Firma de padres / tutor

Fecha

Evaluaciones del Desarrollo se harán para asegurarse que su niño se encuentre entre los parámetros de desarrollo deseados. El especialista de salud mental observará a todos los niños en el programa. Si hay alguna preocupación / inquietud y se recomiendan evaluaciones adicionales, se le avisará a usted y se requerirá un nuevo consentimiento por parte de los padres antes de que algo se pueda hacer.

Durante la inscripción