

CONDADO DE NASSAU
DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES
Programa de intervención temprana
Programa para niños con discapacidades físicas

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA/
PROGRAMA PARA ENCONTRAR NIÑOS Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Apellido Nombre

Marque cada opción para la cual da su consentimiento:

- Permitir que un profesional del programa de intervención temprana/para encontrar niños le realice una evaluación preliminar de desarrollo a mi hijo de forma periódica.
- Remitir a mi hijo al Programa de intervención temprana para que lo evalúen en profundidad si se detecta o se sospecha un retraso en el desarrollo como resultado de la evaluación preliminar.
- Notificar al proveedor de cuidados de la salud de mi hijo sobre la participación en el Programa de intervención temprana para encontrar niños.
- Darle al proveedor de cuidados de la salud de mi hijo la evaluación preliminar de desarrollo y/o la evaluación propiamente dicha y los resultados del Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP).
- Compartir la información médica pertinente y/o la información de desarrollo con el proveedor de cuidados de la salud de mi hijo/Obtener esta información de parte del proveedor de cuidados de la salud de mi hijo.
- Enviar información de remisión al equipo evaluación multidisciplinaria inicial.
- Leí una copia de “A Parent’s Guide” (“Guía para padres”), un manual de referencia para el Programa de intervención temprana del Estado de Nueva York, del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Este manual está disponible en el sitio web del estado en www.health.ny.gov/publications/0532/ (incluir la barra al final de la dirección de correo electrónico [sic]).
- Otros (especificar & obtener): _____
- Transferir el expediente a otro condado.
Especificar _____

- Entiendo mis derechos y responsabilidades al obtener servicios de intervención temprana de parte del Departamento de Salud del Condado de Nassau. Participaré activamente en el programa de acuerdo con estos derechos y responsabilidades. Doy mi consentimiento para que se evalúe a mi hijo y para que el Coordinador del servicio de intervención temprana coordine y planifique los servicios. Me han dado la información necesaria para elegir a un evaluador.
- Entiendo que puedo retractar mi consentimiento para revelar información/o dejar de participar en este programa en cualquier momento.
- Entiendo que el expediente de mi hijo será destruido en el 21. ° cumpleaños del niño, o alrededor de esa fecha.
- Entiendo que el Informe/IFSP de Evaluación/Progreso y el Plan de revisión se compartirán con los miembros del equipo de IFSP de intervención temprana de mi hijo.
- **Nombre de la Agencia de evaluación:** _____

_____ **Firma del padre/tutor**

_____/_____/_____
Fecha