



CONSENTIMIENTO PARA UNA SEGUNDA EVALUACION

(Usarlo *solamente* si es recomendado por CSQI)



Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

El servicio de salud mental empieza al informar e involucrar a los padres en el desarrollo de un plan de servicios. Este incluye:

- Un monitoreo del desarrollo (ASQ-3, ASQ-SE)
- Revisión de información disponible o relevante sobre el niño y sus padres

Padre de Familia, favor de identificar cualquier otro plan de salud mental para este niño o su familia. Favor de indicar en el espacio inferior si el padre requiere entrenamiento/capacitación. Está usted invitado a participar en cualquier entrenamiento de salud mental para miembros de Head Start.

Yo autorizo Neighborhood House Association Early Head Start/Head Start (EHS/HS) para que realice una evaluación a mi hijo. De la misma forma doy autorización para permitir que mi hijo y mi familia reciban los servicios de salud mental como lo determinaron los miembros EHS/HS en conjunto conmigo. Me informaron sobre mis derechos y me motivaron a participar activamente en el proceso de planeación de las necesidades de mi hijo. Además estoy consciente que se incluyó un reporte de evaluación en el expediente de mi hijo. Confío en que toda información que he compartido se mantendrá en total y estricta discreción. La confianza se verá perdida en caso de sospecha de abuso, mandatos legales, o con la autorización escrita de los padres. Algunos de los datos recolectados se utilizarán con fines de investigación de manera anónima.

Padre/Tutor (Print)

Padre/Tutor (Sign)

_____/_____/_____
Fecha

Staff (Print)

Staff (Sign)

_____/_____/_____
Fecha