

**Servicios para Niños/Familias  
FORMA DE CONSENTIMIENTO**

Nombre de Niño/a: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre  
 Local: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ M \_\_\_\_ F

<b>DOY CONSENTIMIENTO:</b>	<b><u>Evaluaciones/Actividades:</u></b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Que mi niño/a, _____, participe en las Evaluaciones/Actividades anotadas a la derecha. Entiendo que el Programa Head Start requiere que cada niño/a obtenga una evaluación dental y de salud. Yo entiendo que las evaluaciones en la lista han sido explicadas y yo entiendo que la evaluaciones en la lista serán conducidas en el centro/hogar de cuidado infantil familiar/Eventos de Socializaciones de Padres Basado en el Hogar y que son sólo para información. (Las evaluaciones del desarrollo y las evaluaciones continuas pueden incluir: el habla, lenguaje, cognición, socio-emocionales, desarrollo motriz fino/físico y evaluaciones continuas.)	Evaluación Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evaluación de Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemoglobina/Hematocrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medidas de Estatura/Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Barniz de Fluoruro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pasta Dental con Fluoruro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Examen por un Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evaluación de Riesgo de Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evaluaciones del Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Referencia de Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consultante de Servicios de Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOY CONSENTIMIENTO:**

1. Que mi niño/a participe en las excursiones que se tomaran por el programa, siempre y cuando haya recibido información sobre el paseo, fecha, destino, hora de la salida y de regreso antes de cada excursión. Entiendo que los niños serán acompañados por educadores, personal del local, y voluntarios. También puedo asistir.	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Que el Programa Head Start tiene el derecho y permiso de copiar y publicar fotografías y videocintas de mi niño/a. La fotografía/video, parcial, total, o compuesta, podrá ser utilizada de acuerdo al programa, en material educativo, de publicidad, o cualquier otro uso dentro de la ley por un tiempo no determinado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Que cuando mi niño/a se encuentre listo para dejar el programa, solicito que sus expedientes de salud/educación se trasladen a la próxima escuela de asistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De permitir al personal de la agencia hacer visitas a mí casa durante el año escolar, a MI CONVENIENCIA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tengo excepciones/explicaciones a puntos arriba u otras consideraciones (ejemplo: días feriados, etc.):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído lo mencionado y las respuestas son completas y verdaderas según mi conocimiento. Entiendo que si alguna información llegara a cambiar, tengo la obligación de notificar al programa inmediatamente. También entiendo que la información proveída se mantendrá confidencial.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Padre o Guardián Fecha Firma de Personal de Head Start Fecha

Distribución: Blanco – Expediente del Niño    Amarillo – Expediente del Salud    Rosa – Padre