

Miami-Dade County  
Community Action and Human Services Department  
Child Development Services Bureau  
Inclusion and Assessment Division

Forma de Consentimiento

Para mejorar la calidad de servicios que se le provee a su niño/niña, el Departamento de Servicios Humanos/Child Development Services del Condado de Miami-Dade y la Coalición de Aprendizaje de Edad Temprana del Condado Miami-Dade y Monroe, (la agencia que esta a cargo de revisar el desarrollo de pólizas y fondos para el cuidado de niños y la Educación temprana), están coordinando el Programa de Evaluación e Inclusión. Este importante proyecto incluye los esfuerzos de todos aquellos que trabajan juntos para ayudar a su niño/niña a empezar la escuela listo/a para aprender.

El proceso de evaluación e inclusión será similar a aquellas actividades que su niño/niña esta expuesto diariamente. Los resultados de la evaluación no afectará en forma alguna los servicios que esta recibiendo su niño/niña. Toda la información que recopilemos será confidencial. Una parte de este proceso, aunque no en su totalidad, consiste en recopilar información de padres y maestros, observación del niño/niña y entrevista con el maestro. Los investigadores y los maestros de su niño/niña tendrán acceso a esta información para poder hacer decisiones en cómo mejorar la calidad de los servicios que se le proveen a su niño/niña. Estamos deseosos de trabajar con usted y su niño/niña para poder proveerle la mejor educación posible.

Este consentimiento incluye compartir las siguiente información con Citrus Health Network Inc.'s (CHN): la información demográfica suya y la de su niño/niña, los resultados de la evaluación, autorización para observar a su niño/niña y entrevistar a los maestros de su niño/niña, ofrecerle servicios de consulta a los maestros de su niño/niña por medio de estrategias/actividades. En adición, al desarrollo del Plan De Apoyo Individualizado De Aprendizaje (Individual Learning Support Plan (ILSP)) para su niño/niña solamente si es necesario e indicado por los resultados de la evaluación. El Programa de Inclusión de CHN puede contactarlo directamente para ofrecerle servicios adicionales de los que su niño/niña pudiera beneficiarse.

Si tiene alguna pregunta sobre este programa por favor llame, a nuestra oficina del norte, al teléfono 305-260-1240.

-----  
(LETRA DE MOLDE) Nombre del Padre o Guardián

-----  
(LETRA DE MOLDE) Nombre y Apellido de la niña/niño

-----  
Nombre del Centro

-----  
Fecha de nacimiento del niño/niña

- Yo doy consentimiento a que mi niño/niña participe en este programa.
- Yo **NO DOY** consentimiento a que mi niño o niña participe en este programa.
- El niño/a **no asiste a este centro**

-----  
Fecha y firma del representante

Mi niño/niña habla:

----- Ingles  
----- Español  
----- Creole  
----- Otro -----

El idioma que se habla en casa es:

-----  
Fecha (Esta forma es válida por un año)

-----  
FIRMA del Padre o Guardián

• 8000 NW 7 Street • Suite 200 • Miami, Florida 33126 • Teléfono: 305-260-1240 • Fax: 305-260-1281 •