

**The Florida Center for
Child & Family Development**

*Community Outreach Department
4620 17th Street, Sarasota, FL 34235
Tel: (941) 371-8820 x1718 Fax (941) 412-0456*

Attn: Traci Knight

**Programa de Apoyo Para el Cuido de Niños
Consentimiento de Evaluación e Información de Referido**

El Centro de la Florida para el Desarrollo del Niño y la Familia ofrece evaluaciones del desarrollo para niños menores de seis años de edad. Este es un servicio gratuito para la comunidad y será proveído en el centro de cuidado de su hijo. El propósito de esta evaluación es determinar si el desarrollo del niño corresponde a lo que es típicamente esperado de acuerdo a su edad. Las áreas que pueden ser evaluadas son: destrezas habla-lenguaje, destrezas de motor fino (Ej. alimentación, cortar con tijeras, escribir), destrezas motor grueso (Ej. caminar, correr, postura, balance). El proceso de evaluación envuelve un profesional licenciado quien observa al niño mientras participa en actividades diarias e interactúa con la maestra y otros niños. El proceso también envuelve al profesional interactuando con su hijo usando varias actividades tipo juego en forma rutinaria. Si usted esta interesado en la evaluación para su hijo, favor de completar la información que aparece abajo. Si se indica la necesidad de una evaluación mas completa, un referido será recomendado.

Información del Referido

Fecha del Referido _____

Nombre del Niño _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Centro del Cuido del Niño y Director: _____

Dirección del Centro del cuidado, ciudad y código de área: _____

Teléfono: _____

Nombre del Maestro: _____

¿Recibe su niño apoyo de alguna de las siguientes? (favor de escribir sus iniciales)

_____ Terapia del Habla

_____ Participa en Familias Saludables

Si recibe, nombre de la agencia: _____

_____ Terapia Ocupacional

_____ Servicios de Niños y Familias

Si recibe, nombre de la agencia : _____

Si recibe, nombre del Manejador del Caso: _____

_____ Terapia Física

Si recibe, nombre de la agencia: _____

_____ Terapia de Salud Mental

Si recibe, nombre de la agencia: _____

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección del Padre/Encargado: _____ Ciudad, Código Postal _____

Teléfono: Número de la Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Razón para la evaluación: _____

Consentimiento y Envío de Información

Yo, _____, padre/encargado de _____, autorizo al Centro de la Florida para el Desarrollo del Niño y la Familia para que hagan una evaluación del desarrollo en el Centro de Cuido de mi hijo. Entiendo que seré notificado de los resultados, los cuales son confidenciales. **Mis iniciales**, que aparecen abajo, le dan permiso al Centro de la Florida para el Desarrollo del Niño y la Familia para enviar copia de los resultados al maestro / director del Cuido de Niños si es referido al programa de FDLRS (Departamento de Educación) o al de Pasos Tempranos.

Firma del Padre/Encargado

Fecha

Iniciales Padre/Encargado