

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

*Community Outreach Department*  
4620 17<sup>th</sup> Street, Sarasota, FL 34235  
Tel: (941) 371-8820 x1901 Fax (941) 426-0324

**Please mail or fax to:**  
Attn: Traci Knight  
The Florida Center for Child  
and Family Development  
6929 Outreach Way  
North Port, FL 34287  
Fax: 426-0324

**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<br>Si recibe, nombre de la agencia: _____       | _____ Participa en Familias Saludables   |
| _____ Terapia Ocupacional<br>Si recibe, nombre de la agencia : _____    | _____ Servicios de Niños y Familias<br>Si recibe, nombre del Manejador del Caso: _____ |
| _____ Terapia Física<br>Si recibe, nombre de la agencia: _____          | _____  |
| _____ Terapia de Salud Mental<br>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 será 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