



Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de Sacramento
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE NIÑOS

FORMA DE CONSENTIMIENTO Y NOTIFICACION PARA PADRES/TUTORES

Toda información es confidencial

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Operamos bajo guías programáticas federales, estatales y distrito para proporcionar una experiencia segura y apropiada desarrolladamente para su hijo(a). Esta forma proporciona información sobre requerimientos y servicios programáticos que son diseñados para identificar cualesquier problema de salud o aprendizaje que pueda interferir con el aprendizaje de su hijo(a) ahora y en años futuros.

NOTIFICACIONES:

Nuestros programas requieren que todos los niños matriculados tengan inmunizaciones corrientes (incluyendo examen corriente de tuberculosis). En adición, todos los niños matriculados tienen que tener un examen físico completo dentro de 30 días de ser matriculado y un examen dental anual.

Yo entiendo que si no proporciono esta información dentro del tiempo requerido puede resultar en que mi hijo(a) sea terminado del programa.

Iniciales

Nuestros programas obtienen su licencia por el Departamento de Servicios Sociales y cumplen con la siguiente regulación: "Inspection Authority/Dept. of Social Services - Title 22, Division 12, Chapter 1, Article 4, Section 101200(b)(1)(c)(1)(d)" (Autoridad de Inspección/Departamento de Servicios Sociales - Titulo 22, División 12, Capitulo 1, Articulo 4, Sección 101200(b)(1)(c)(1)(d))

Yo entiendo que el Departamento de Servicios Sociales tiene la autoridad de: (b) entrevistar niños o personal sin primeramente obtener consentimiento, (c) inspeccionar, auditar y copiar archivos del niño o centro de cuidado de niños cuando lo pidan durante las horas regulares de trabajo, (d) observar la condición física de los niños, incluyendo condiciones que puedan indicar abuso, descuido o colocación inapropiada.

Iniciales

CONSENTIMIENTOS:

1. Exámenes: Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea examinado en las siguientes áreas:

- Si No - Audible/Visión Si No - Altura/Peso Si No - Social/Emocional
Si No - Habla/Lenguaje Si No - Desarrollo General

2. Observación: Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea observado por el personal de apoyo del Departamento de Desarrollo de Niños con el entendimiento que seré informado antes de que se hagan estas observaciones y proporcionarme la oportunidad de proveerles autorización escrita para estos servicios.

Si No

3. Evaluación: Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea evaluado en las siguientes áreas, usando lo siguiente:

- Si No - Desarrollo General, "DRDP-R" o Instrumento de Evaluación Usando Juegos de Aprendizaje (Solo Para Programas Basados en Casa)
Si No N/A -Conocimiento del Idioma Ingles, "Pre-LAS" (Solo Aprendices de Ingles Preescolares)
Si No N/A -Conocimiento Académico, "NRS" (Empiezo Ventajoso (Head Start en ingles) Solo niños de 4 años)

4. Paseos de Estudio: Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en paseos si soy avisado por adelantado sobre el paseo que tomaran.

Si No

5. Fotografías: Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea fotografiado(a) para usar su foto en una exhibición en el salón, póster o para usar en una publicación relacionado a educación temprana de niños.

Si No

6. Envío de Archivos: Yo doy mi consentimiento para que el archivo de mi hijo(a) sea enviado a la próxima escuela de asistencia, o cuando otro distrito pida sus archivos (excepción: archivos de educación especial).

Si No

Firma del Padre/Tutor

Imprime Su Nombre: _____ Firme Su Nombre: _____ Fecha: _____

Distribution: Original - Child's File, Copy - Parent/Guardian