



## PERMISO PARA EVALUAR

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre de uno de los padres: \_\_\_\_\_

Dado su interés por los servicios de Intervención Temprana, necesitamos su permiso para evaluar a su hijo en términos de

Elegibilidad inicial (pruebas / procedimientos para determinar la elegibilidad inicial para incluir exámenes de visión y audición)

Elegibilidad continua (pruebas / procedimientos para prepararse para la reunión anual del IFSP)

Otros \_\_\_\_\_  
Especifique

De acuerdo con lo hablado, usted y el equipo de evaluación acuerdan que la evaluación se llevará a cabo:

En su casa, en la casa de otro miembro de la familia, en la guardería, etc.

En la ubicación del Programa EI / DEIC

De manera virtual debido a \_\_\_\_\_

**Se debe especificar el motivo**

*\*Las evaluaciones aprobadas para realizarse de manera virtual son IDA2, DAYC2, ELAP y DP3*

Indique su respuesta:

Doy permiso para que se evalúe a mi hijo.

No doy permiso para que se evalúe a mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

Adjunto: Derechos del niño y de los padres de Intervención Temprana