

**CONSENTIMIENTO A EVALUACIóN DE DESARROLLO INFANTIL**

Los primeros cinco años de vida son muy importante para el éxito futuro de su hijo en la escuela y la vida. Es importante asegurar que el desarrollo de un niño mantene el curso durante estos años. Realizar las evaluaciones de desarrollo infantil a menudo es la major manera de asegurar que su hijo alcanza su más alto potencial.

**Nombre de niño: Fecha del nacimiento del niño: Número de semanas nacido prematuro:**

**CONSENTIMIENTO A EVALUACIÓN ELECTRóNICO Y (SI ES NECESARIO) REMITIR:**

Por favor escoje abajo para indicar su consentimiento a participar en el programa de evaluación (MMI):

Sí, he leído la información ofrecido sobre la evaluación de desarrollo infantil y quiero que mi hijo participe.

No, he leído la información ofrecido sobre la evaluación de desarrollo infantil y no quiero que mi hijo participe.

**CONSENTIMIENTO A COMPARTIR LOS RESULTOS DE EVALUACIÓN CON MI MéDICO DE CABECERA:**

Por favor escoje abajo para indicar su consentimiento a compartir los resultos de evaluación con su médico de cabecera:

 Entiendo la importancia de compartir los resultos de evaluación de mi hijo con mi médico cabecera y doy consentimiento a compartir los resultos de evaluación de mi hijo con este médico:

Informacíon de médico cabecera:

Nombre de médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de oficina de médico: \_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 No quiero que mi guardería infantil comparta los resultos de evaluación de mi hijo con mi médico cabecera.

**Nombre de padre o madre Firma Fecha**