**Consentimiento a Evaluación del Oído**

**¿Por qué mi hijo debe realizar una evaluación del oído?**

Cada familia debe realizar una evaluación del oído para su bebé después del nacimiento y, más tarde, regularmente durante infancia temprana. El oído puede cambiar después del nacimiento, también durante la infancia, y una evaluación periódica deja que detectar los cambios del oído temprano. **Es muy importante que los niños pueden oír bien. El oído bueno ayuda:**

**∙A promover el bienestar social-emocional para los niños pequeños.** Hearing is a key part of communication. Without is, a child’s communication with others may be hindered and affect their social development. Also, a child with undetected hearing loss may appear to have challenging behavior since they cannot hear, causing the child to undergo unnecessary discipline.

**∙A apoyar las habilidades del alfabetismo y otro desarrollo cognitivo.** Por ejemplo, los niños pequeños que escuchan muchas conversaciones animadas y interesantes tienen más probabilidades de desarrollar un vocabulario abudante.

**Note:** Esto es solamente una evaluación, no es una prueba diagnóstica para la pérdida de audición. Esta evaluación deja que podemos detectar una preocupación posible y identificar los niños que pueden sacar provecho de una evalución más completa. Si, después de una evalución completa, se encuentra una pérdida de audición de verdad, esta pérdida de audición es muy tratable. Hay mucho que hacer si un niño necesita ayuda—ayuda que puede apoyar a su hijo para alcanzar su máximo potencial.

**Nombre de niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Guardería infantil (si tiene una): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Horizons Early Intervention y Grand Beginnings, como parte de Meeting Milestones Initiative (MMI), se están asociando para proveer las evaluaciones gratis a todos los niños (se recomenda para los niños 2 meses a 5 años).

**Sí, quiero que mi hijo reciba una evaluación del oído:**

**No, no quiero que mi hijo reciba una evaluación del oído:**

Nombre de Padre o Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Padre o Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono mejor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_