**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como padre o tutor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Por favor, ponga sus iniciales junto a cada ítem para confirmar el consentimiento.**

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA**

Doy mi consentimiento para que el personal del Programa de Aprendizaje Temprano Action for Children de Illinois obtenga los servicios médicos o dentales necesarios para mi hijo en caso de emergencia. Esto puede incluir el transporte por parte del personal médico (ambulancia) al hospital más cercano. Esto no incluye el consentimiento para realizar una operación quirúrgica, excepto en el caso de una emergencia extrema y solo después de que se hayan realizado todos los esfuerzos para contactar a los padres o tutores.

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO**

Doy mi consentimiento al personal o a los contratistas del Programa de Aprendizaje Temprano Action for Children de Illinois para proporcionar las siguientes evaluaciones requeridas, y para mantener en su poder y controlar cualquier registro de dicha evaluación, incluidos los resultados de la evaluación. Comprendo que se me informará acerca de los resultados de cualquier evaluación.

**Evaluación del desarrollo (ASQ-3 ™ y ESI-P / ESI-K)**

Realiza un seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, busca retrasos o problemas de desarrollo y conversa con usted sobre cualquier inquietud que pueda tener. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Evaluación de comportamiento (ASQ-SE)**

Ayuda a identificar y tratar posibles desafíos socioemocionales. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Evaluación de la audición y la visión**

La evaluación periódica durante los primeros años de la infancia ayudará a garantizar que los niños puedan comunicarse y aprender. Los niños necesitan poder escuchar con claridad para desarrollar las habilidades del lenguaje hablado. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA FOTO/LOS MEDIOS/VIDEO**

Doy mi consentimiento para que se realice cualquier video y/o tome fotografías de mi hijo, cuando mi hijo esté inscrito en el Programa de Aprendizaje Temprano Action for Children de Illinois, para ser utilizado en publicaciones impresas, publicaciones en línea, presentaciones, sitios web, redes sociales, anuncios y otras herramientas promocionales y de marketing para Action for Children de Illinois. También comprendo que no se me pagará ninguna regalía, comisión u otro tipo de compensación por motivo de dicho uso. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LAS EXCURSIONES**

Doy mi consentimiento para que mi hijo aprenda fuera del aula y asista a divertidas excursiones educativas y diseñadas por el Programa de Aprendizaje Temprano Action for Children de Illinois. Doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado, según sea necesario, en un vehículo seguro y totalmente equipado que utilice un conductor que tenga un seguro de responsabilidad civil y una licencia válida, y para que participe en paseos por el vecindario con los maestros. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor­­­­­ (En letra de imprenta):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_