



4 N. Double Springs Road, Farmington AR 72730  
479-267-5960 Fax: 479-267-5965

**PRESCHOOL**

**FORMULARIO de CONSENTIMIENTO PARA EVALUAR**

Nombre del Menor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ # de S.S.: \_\_\_\_\_ Medicaid?   Y   N  
(años y meses)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado AR Código de Area \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Concedo a: \_\_\_\_\_ permiso para evaluar a mi hijo.  
*(Nombre del Distrito Escolar, donde está situada la escuela a la que asiste su hijo)*

Comprendo que los datos obtenidos en la prueba o examen, los datos de la evaluación y el tratamiento a seguir, será dado a conocer por un miembro autorizado del personal, empleado por esta Cooperativa de Servicios Educativos y (ó) el distrito escolar.

El menor asiste a:   Jardin de Infantes,   Head Start   ABC   Guarderia,   Otro.

Nombre: \_\_\_\_\_ Asistencia (# de Días): \_\_\_\_\_

Concedo [    ]. No concedo [    ] permiso a usted, de informar los resultados, al empleado de la guarderia y (ó) al Jardin de Infantes. No es aplicable [    ].

La lengua materna de mi hijo es:   inglés,   español,   otra.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*(Firma del Padre o Tutor)*

Fecha de la Prueba o Examen: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Las siguientes áreas han sido evaluadas:

AREAS	EXAMEN O PRUEBA		RESULTADOS		EVALUAR	REFERENCIA
	Agencia o Persona	Fecha	Aprobó	Reprobó		
COGNITIVA						
AYUDA PROPIA HABILIDADES MOTORAS						
SOCIALES						
VISION						
HABLA-LENGUAJE						
AUDICION						

Los resultados de esta evaluación han sido compartidos con: \_\_\_\_\_