

Nombre del(de la) niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Correo electrónico del padre/madre/tutor: _____ Número telefónico del padre/madre/tutor: _____

Evaluación de Child Outreach de Rhode Island – Autorización de los padres

Child Outreach constituye un sistema de evaluación del desarrollo diseñado para evaluar a todos los niños de 3 a 5 años de edad anualmente antes de su entrada a kindergarten. Los niños son evaluados en las áreas de visión, audición, desarrollo general, habla/lenguaje y desarrollo social-emocional. Las evaluaciones de desarrollo general y socioemocional pueden ser cuestionarios que los padres de familia/tutor y/o padres temporales deben responder. Si el menor de edad está en la escuela y se necesita información adicional, entonces el profesor del menor debe responder los cuestionarios también. Child Outreach es un primer paso importante en la identificación de los niños que puedan requerir evaluaciones adicionales o intervención. Por esta razón, los sistemas de las escuelas públicas dentro del estado de Rhode Island llevan a cabo programas de evaluación de Child Outreach. Los padres, tutores, y cuando aplique, padres temporales y los trabajadores de casos del DCYF, recibirán un resumen de los resultados de la evaluación de Child Outreach. Toda la información personal y los resultados de la evaluación recopilados durante el proceso de evaluación son mantenidos en estricta confidencialidad.

El Departamento de Educación es responsable de la supervisión general del programa de evaluación de Child Outreach. El Departamento de Salud se encarga del mantenimiento del sistema de datos KIDSNET, que funge como el servidor de los datos de Child Outreach a nombre y representación de los sistemas de escuelas públicas de Rhode Island. KIDSNET, una base de datos segura, también incluye información sobre las vacunas, pruebas para detectar los niveles de plomo, servicios de salud preventivos y otras evaluaciones del desarrollo de los niños. La información contenida en KIDSNET puede ser usada para coordinar el cuidado, asegurarse de que los servicios de salud preventivos sean provistos e identificar a los niños que puedan necesitar soporte médico y/o del desarrollo. Sin embargo, se requerirá una autorización escrita para divulgar informaciones personales o resultados de evaluaciones a cualquier persona diferente del personal en el distrito de la escuela pública en el que su hijo/a resida, el Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Rhode Island, el Departamento de Salud de Rhode Island para fines reglamentarios, y cuando aplique, el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias para niños en cuidado de padres temporales.

1. He leído las declaraciones anteriores y autorizo a que mi hijo(a) sea **evaluado(a)** por un programa Child Outreach y a que los resultados y recomendaciones de la evaluación, incluyendo cualquier referencia a servicios de educación especial y determinación de elegibilidad necesarias, sean incluidos en la base de datos de Child Outreach dentro de KIDSNET.

Firma del padre/madre/tutor _____ **Fecha** _____

2. He leído las declaraciones anteriores y autorizo a Child Outreach y al Departamento de Salud/KIDSNET a compartir los resultados y recomendaciones de la evaluación de mi hijo(a), incluyendo cualquier referencia a servicios de educación especial y determinación de elegibilidad necesarias, con su **proveedor de atención primaria (doctor)** para los fines de coordinar el cuidado de su salud, asegurar la provisión de servicios de salud preventivos e identificar a los niños que puedan necesitar soporte médico y/o del desarrollo.

Firma del padre/madre/tutor _____ **Fecha** _____

Nombre del doctor: _____

Nombre del consultorio: Por ejemplo: North Bay Pediatrics _____

Número telefónico: _____ Dirección: _____

3. He leído las declaraciones anteriores y autorizo a Child Outreach y al Departamento de Salud /KIDSNET a compartir los resultados y recomendaciones de las evaluaciones de mi hijo(a), incluyendo cualquier referencia a servicios de educación especial y determinación de elegibilidad necesarias, con **su programa de preescolar/guardería**, para los fines de planificación educativa.

Firma del padre/madre/tutor _____ **Fecha** _____

Nombre del programa de preescolar/guardería: _____

Número telefónico: _____

Autorización efectiva de septiembre del 2026 a septiembre del 2027

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento comunicándose con el distrito escolar de su localidad. Usted también tiene el derecho de inspeccionar los registros educativos de su hijo(a) y solicitar que KIDSNET corrija cualquier información que considere inexacta. El formulario modelo de aviso de salvaguardias procedimentales de educación especial de Rhode Island, que explica los derechos de los padres de conformidad con la Parte B de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades, figura en https://ride.ri.gov/sites/g/files/xkgbur806/files/Portals/0/Uploads/Documents/Students-and-Families-Great-Schools/Special-Education/When-Schools-and-Families-Do-Not-Agree/FinalSpanishTranslation_RIProcedural-Safeguards.pdf?ver=2019-09-10-130835-487 Si tiene alguna pregunta sobre los derechos de los padres, incluyendo la autorización para evaluar, por favor comuníquese con el centro de información para educación especial de RIDE en el 401-222-8999.