Favor de regresar a:

CENTRO DE SERVICIOS EDUCATIVOS DE LA REGIÓN 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVICIOS RELACIONADOS A TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ISD/SSA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FORMA PARA PADRES DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Queridos Padres de familia:

A través de un análisis de la información que existe en el distrito y/o datos recibidos, una evaluación de terapia ha sido recomendada para su hijo/ hija y deberá ser administrada conjuntamente por un terapista físico y/o un terapista ocupacional. Antes de la evaluación se necesitará que un medico u otro profesional licenciado llene una referencia médica. Las recomendaciones de la evaluación señalarán los servicios de terapia basados en las necesidades educativas en lugar de médicas. Se solicitará una actualización acerca de la forma de liberación por parte de los padres de familia.

Nombre del Estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los Padres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:(Casa) ( )\_\_\_\_\_\_\_ (trabajo) ( )\_\_\_\_\_\_

Padre al que se le pueda llamar durante el día:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distrito Escolar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Muchas veces es importante de que el terapista se ponga en contacto con el médico de su hijo/ hija para que proporcionen una ayuda y que haya una integración en los servicios que se le proporcionarán en la escuela. Por favor llene la lista de los médicos al cual(es) su hijo/ hija asiste regularmente y sus números telefónicos.

Nombre Teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Su hijo/ hija recibe servicios del Hospital Scottish Rite? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_\_ No TSRH# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Proporcione la lista de otros hospitales, clínicas, o centros de rehabilitación en los cuales su hijo/ hija recibe servicios:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Varias substancias, alimentos, líquidos podrán ser usados durante la evaluación o terapia. Tiene su hijo/ hija alguna alergia a substancias, alimentos o líquidos? \_\_\_Sí \_\_\_ No

Si tiene alguna alergia por favor haga una lista y sea lo más específico posible: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿Tiene su hijo/ hija dificultad al tragar, de ahogarse y o al masticar comida de mesa regular?

\_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_ No

Si tiene dificultad por favor proporcione una descripción\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Haga una lista de las preocupaciones que usted y su familia tengan por su hijo/ hija en la casa o en la escuela.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Haga una lista de las metas o los resultados educativos que desea usted y su familia para su hijo/ hija en la casa o en la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. ¿Da usted su permiso para que el/la terapista ocupacional/ física se ponga en contacto con el médico u otros profesionales de los cuales su hijo/ hija ha recibido servicios en el pasado con el fin de obtener y compartir información? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_ No

Esta forma de liberación de padres se mantendrá en efecto hasta que se retire o se actualice. Este permiso se puede retirar en cualquier momento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián Fecha

ESTA INFORMACIÓN SERÁ USADA SOLAMENTE POR EL PERSONAL PROFESIONAL CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS CONFIDENCIALES DE FERPA E IDEA 8/12

Es la práctica del Centro de Servicios de la Región 10 el de no discriminar a las personas basado en raza, color, origen nacional, género o impedimento en sus programas vocacionales, servicios o actividades como requiere el Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964, y sus cambios; el Título IX de los Cambios Educacionales de 1972; y las Secciones 503 y 504 del Acto de Rehabilitación de 1973, y sus cambios. El Centro de Servicios Educacionales de Región 10 tomarán medidas para asegurar que una falta de habilidad del lenguaje de inglés no se convertirá en una barrera en la admisión y participación en todos sus programas y servicios.