

College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

Email: ICEI@usf.edu Website: <http://icei.fmhi.usf.edu>

Gracias por su interés en el Centro Interdisciplinario de Evaluación e Intervención (ICEI). El proyecto ICEI en USF es financiado por el Departamento de Educación de Florida y proporciona una evaluación sin costo y servicios de intervención para los estudiantes, 3 a 22 años de edad, que tienen complejos problemas de comportamiento, sociales y / o emocionales. El ICEI está formado por un equipo de profesionales (por ejemplo, los psicólogos, analistas de conducta, logopedas) que trabajan en colaboración con los distritos escolares de Tampa Bay area

ICEI sirve a los estudiantes:

• que tengan conductas graves problemas que no han mejorado a pesar de las intervenciones escolares, o

• quiénes son sospechosos de estar en el espectro del autismo y la necesidad de una evaluación completa, o

• que se presentan con los complejos problemas sociales / emocionales que influyen en su éxito educativo.

Antes de hacer una cita para una evaluación o intervención, todos los formularios de este paquete debe ser completado. La información contenida en los formularios nos ayudará a obtener una mejor comprensión de su hijo y sus necesidades de ella y determinar si su hijo cumple con los criterios clínicos. Es importante para nosotros tener una copia de todas las evaluaciones y los apoyos que han sido y están siendo proporcionados a su niño. Los siguientes formularios están incluidos en este paquete y una vez finalizado, debe ser devuelto a nosotros en el sobre sellado, dirigido siempre o por fax al 813-905-9836. Los paquetes de Referencia se procesan con mayor rapidez.

• Remisión forma: a completar por los cuidadores primarios / familia

• Consentimiento de consulta, observación directa, y evaluación: a rellenar por el padre / tutor

• USF lanzamiento de Responsabilidad

• Autorización cuanto a estudios de investigación, modo de comunicación y uso educativo de las sesiones grabadas

• Autorización para utilizar o divulgar información de salud protegida, correspondencia por correo electrónico o medios electrónicos

• Aviso de Prácticas de Privacidad

• El Distrito Escolar de Hillsborough Carta Colaboración

• Copia del IEP de su niño (si su hijo está recibiendo servicios de educación especial)

• En su caso, incluya copias (no los originales) de las evaluaciones anteriores de su hijo, y otros registros médicos, psicológicos o terapéuticos. Los registros no siempre tendrán que ser recibidas antes de programar servicios. Las copias no serán devueltas.

• En su caso, incluya copias de acta de divorcio y su relación con el poder de decisión para la evaluación y planificación de la intervención para su hijo.

Después de recibir el paquete de remisión completa, el equipo ICEI lo revisará y determinará si su hijo cumple con los criterios de elegibilidad ICEI. Tenga en cuenta que la conclusión del procedimiento de arbitraje no garantiza la aceptación de los servicios. Después de que su caso sea revisado, se le notificará de la decisión del ICEI y pasos a seguir. Si su hijo cumple con los criterios, el proceso de evaluación puede incluir la observación directa de su hijo en entornos hogar, la escuela o en la comunidad, evaluaciones de diagnóstico en la clínica, y / o el desarrollo de un plan de comportamiento intervención en la escuela.

Por favor, no dude en contactar con nosotros en la clínica ICEI en 813-974-0968 con cualquier pregunta.

Atentamente,


Rose Iovannone, Ph.D., BCBA-D

ICEI Director



College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

Email: ICEI@usf.edu Website: <http://icei.fmhi.usf.edu>

FORMULARIO DE REFERENCIA

*Instrucciones: TODA la información sobre la referencia debe ser proporcionada antes de aceptar la recomendación. La información será utilizada para determinar si su hijo cumple con los criterios de elegibilidad de nuestra clínica.*

**SECCIÓN I. Información hijo Inicial**

**Referencia Solicitud de ICEI iniciado por:**

 [ ]  Padre / Tutor Legal [ ]  El Distrito Escolar [ ]  Tanto el padre y el distrito escolar

 [ ]  Otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona completando solicitud de remisión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de Contacto de referirse persona: *Gracias por confirmar su método preferido de estar en contacto con.*

 [ ] Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Landline: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Work: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  E-mail address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del niño:**

Apellido del Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ primer nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: [ ]  Varón [ ]  Hembra

¿Su hijo recibe servicios de educación especial bajo IDEA (es decir, tienen un IEP) o acomodaciones bajo la Sección 504?

 [ ]  No. [ ]  Sí, su hijo tiene un IEP.[ ]  Sí, su hijo tiene un Plan 504.

Idioma principal del niño: (marque una casilla): [ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idioma principal que se habla en el hogar: (marque una casilla):

[ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etnicidad del Niño (marque todo lo que corresponda):

 [ ]  Los indios americanos / nativos de Alaska [ ]  Asiático / de las Islas del Pacífico

 [ ]  Negro, no Hispanos [ ]  Hispano [ ]  Blanco, no Hispanos [ ]  Otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Desconocido

¿Cuál es el estado de su hijo almuerzo? (Marque una casilla).

 [ ] Regular [ ]  Gratis [ ]  Reducido [ ]  Desconocido

Dirección del niño Home Street: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciduad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente del anterior) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Tipo de Escuela: [ ]  Público [ ]  Public-Charter School [ ]  Escuela Privada [ ]  Educado en casa [ ]  Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del niño (continuación):**

 En el ajuste que tiene su hijo de instrucción académica principal llevará a cabo?

 [ ]  Aula de educación general [ ]  La educación especial aula de recursos [ ]  Educación Especial autónomo aula [ ]  Otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maestros (s) Nombres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mejor persona de contacto en la escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail de contacto Dirección de la Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de la Escuela de contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal del niño (por favor enumere todos y relación con el menor):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Es el cuidador primario de su hijo el mismo que el tutor legal?[ ]  Si [ ]  No

Si no, por favor enumere todos y relación con el niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Motivo de la remisión (marque todas las que apliquen)**

1. Problemas de Conducta

 [ ]  Los problemas graves de comportamiento afecta el progreso académico / escolar funcionamiento / interacciones entre pares que no responden a las intervenciones educativas

¿Dónde están los problemas de conducta que ocurre?[ ]  Escuela [ ]  Casa [ ]  Comunidad

¿La escuela llevó a cabo una Valoración del Comportamiento Funcional (FBA)? [ ]  No [ ] Si

¿Su hijo tiene actualmente un plan de apoyo conductual?[ ]  No [ ]  Si

¿Qué problemas de comportamiento estás viendo? (marque todas las que apliquen)

[ ]  La agresión hacia los demás o de objetos. Por favor describa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

[ ]  Amenazas conductas autolesivas graves o herir a uno mismo. Por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Graves problemas emocionales o de ánimo esa repercuten en el funcionamiento de su hijo en las actividades típicas diarias. Por favor describa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Comportamiento disruptivo mayor (por ejemplo, correr fuera del aula, el incumplimiento grave, etc) Por favor describa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Trastorno del Espectro Autista Evaluación

 [ ]  Sospecha de trastorno del espectro autista diagnóstico - Evaluación Diagnóstica del Autismo

 ¿Está usted buscando un espectro clínico diagnóstico de trastorno de autismo? [ ]  Si [ ]  No

Si se selecciona, qué tipo de seguro tiene la familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nota: Los servicios ICEI se proporcionan sin costo. Nuestro objetivo es proporcionar a las evaluaciones de diagnóstico del autismo a (a) las familias que no cuentan con un seguro que pague por la evaluación y / o (b) Los distritos escolares que están solicitando confirmación adicional de un diagnóstico del espectro autista con fines de planificación educativa.*

**Motivo de la remisión (marque todas las que correspondan) (CONTINUACIÓN)**

1. Complejo condición social / emocional / de desarrollo

[ ]  Evaluación integral, diagnóstico de condiciones de desarrollo y / o social / emocional - Por favor, marque todas las que apliquen.

[ ]  Presuntos complejas condiciones sociales / emocionales que afectan el éxito educativo

Por favor describa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Sospecha que ocurren co-condiciones (es decir, más de un aprendizaje / desarrollo / psiquiátrico condiciones que afectan el progreso académico / funcionamiento de la escuela)

Por favor describa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EVALUACIONES / INTERVENCIONES / SERVICIOS**

|  |
| --- |
| **¿Qué evaluaciones, intervenciones o servicios que su hijo ha recibido en el pasado o que esté recibiendo actualmente?** |
| ***EVALUACIONES: Por favor incluya ambas evaluaciones privadas y las evaluaciones realizadas por el distrito escolar (s)*** |
|  | **Si** | **Fecha** | **¿Quién hizo la evaluación?** | **Resultados** |
| Habla / Lenguaje |  |  |  |  |
| Audiología / audición |  |  |  |  |
| Autismo Evaluación / Evaluación |  |  |  |  |
| Terapia ocupacional, física |  |  |  |  |
| Psicológico |  |  |  |  |
| Comportamiento |  |  |  |  |
| Valoración del Comportamiento Funcional |  |  |  |  |
| Neurológico (por ejemplo, MRI, EEG) |  |  |  |  |
| Otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| **SERVICIOS** |
| Si su hijo tiene un IEP, ¿cuál es su niño primaria y secundaria (si es aplicable) discapacidad? (Identificar cada uno: 1 = primaria, 2 = secundaria, si corresponde). | **[ ]**  Autismo; [ ]  Sordo-ceguera[ ]  Sordera;[ ]  retraso en el desarrollo; [ ] Disturbio emocional[ ] Discapacidad Auditiva [ ]  Discapacidad Intelectual[ ]  Discapacidades Múltiples | [ ]  Deterioro ortopédico[ ]  Afecciones de Salud[ ]  Discapacidad Específica de Aprendizaje[ ]  Habla o Lenguaje[ ]  Lesión Cerebral Traumática[ ]  Discapacidad Visual Incluyendo Ceguera |
| Si su hijo tiene un plan IEP o 504, por favor indique servicio (s) que su hijo está recibiendo o ha recibido, en el pasado? | **[ ]**  Tutoría académica o remediación[ ]  intervención conductual[ ]  Niño asesoramiento[ ]  Familia entrenamiento / asesoramiento[ ]  Las estrategias de aprendizaje / técnicas de estudio[ ]  Servicios de salud mental[ ]  Ninguno | [ ]  De una a uno asistente**[ ]**  Servicios de asistencia social[ ]  Servicios de Asistencia Social[ ]  Respuesta a la Intervención (RTI) / Multi-con gradas sistema de soportes (MTSS)[ ]  Otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si su hijo tiene un IEP, por favor escriba las horas a la semana él / ella pasa en las siguientes configuraciones de instrucción (Por favor, introduzca las horas totales por semana para cada ajuste): | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Horas semanales en el aula de educación general\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horas semanales en el aula de educación especial (autónomo o recurso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mi hijo no tiene un IEP |
| ¿Su hijo está recibiendo ningún servicio fuera de la escuela? [ ]  Si [ ]  No |
| En caso afirmativo, indique los servicios privados de su hijo está recibiendo o ha recibido e indican que se presta el servicio. | [ ]  Servicios del Comportamiento[ ]  Terapia del Habla[ ]  Consejería / Salud Mental[ ]  Tutoría[ ]  Otros servicios privados (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ofrecido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ofrecido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ofrecido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ofrecido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ofrecido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SECCIÓN II. ANTECEDENTES E HISTORIA DE LA FAMILIA**

***Para ser completado por la familia del niño***

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

1.1. ¿Quién está llenando este formulario?

 [ ]  Madre

 [ ]  Padre

 [ ]  Otros tutor (por favor, explique el parentesco con el niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Otros (por favor explique)

1.2 Los padres del niño son:

 [ ]  Suelto [ ]  Casado [ ]  Divorciado [ ]  Separado pero no divorciado

 [ ]  Viudo [ ]  Vivir juntos pero no casados [ ]  Desconocido

*(Nota: Si es divorciado, separado, u otra disposición legal por la custodia y la toma de decisiones acerca de su hijo, por favor adjunte los documentos legales)*

1.3. ¿Quién tiene la autoridad legal para tomar decisiones sobre el tratamiento y obtener registros? Por favor, enumere todos: (por favor adjunte los documentos legales) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Contacto adulto principal de niño** | **Contacto adulto alternativo para niño** |
| Nombre:  | Nombre:  |
| Relación con el niño:[ ]  Madre [ ]  Padre[ ]  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Relación con el niño:[ ]  Madre [ ]  Padre[ ]  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección:[ ]  Igual que el niñoDirección de la calle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciduad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dirección:[ ]  Igual que el niñoDirección de la calle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciduad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Teléfono de la casa: | Teléfono de la casa: |
| Celular: | Celular: |
| Teléfono del trabajo: | Teléfono del trabajo: |
| Email | Email |

**2. FAMILIA**

2.1. Revise todas las personas que viven con su hijo:

 [ ]  Madre

 [ ]  Padre

 [ ]  Hermanos (¿cuántos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 [ ]  Hermanas (¿cuántos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 [ ]  Otros miembros de la familia (lista / edades)

 [ ]  Amigos u otras personas (LIST / edades)

 [ ]  ¿Cuántas veces ha estado su familia y el niño se movió? Tenga en cuenta la longitud de tiempo en cada movimiento.

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

2.2. ¿Otros miembros de la familia le han diagnosticado trastornos psicológicos, de desarrollo, o de otro tipo? En caso afirmativo, sírvase indicar a continuación.

|  |  |
| --- | --- |
| **Miembro de la familia** | **diagnóstico** |
| Madre / Mother 's lado (biológicas solamente): | [ ]  Psicológica (por ejemplo, depresión, ansiedad)[ ]  Trastorno Bipolar[ ]  ADHD [ ]  Problemas de aprendizaje [ ]  Trastorno del Espectro Autista[ ]  La esquizofrenia / psicosis [ ]  Sustancia / alcohol[ ]  Otra:  |
| Padre / Padre 's lado (biológicas solamente): | [ ]  Psicológica (por ejemplo, depresión, ansiedad)[ ]  Trastorno Bipolar[ ]  ADHD [ ]  Problemas de aprendizaje [ ]  Trastorno del Espectro Autista[ ]  La esquizofrenia / psicosis [ ]  Sustancia / alcohol[ ]  Otra:  |
| Hermanas Biológica: | [ ]  Psicológica (por ejemplo, depresión, ansiedad)[ ]  Trastorno Bipolar[ ]  ADHD [ ]  Problemas de aprendizaje [ ]  Trastorno del Espectro Autista[ ]  La esquizofrenia / psicosis [ ]  Sustancia / alcohol[ ]  Otra:  |
| Hermanos Biológica: | [ ]  Psicológica (por ejemplo, depresión, ansiedad)[ ]  Trastorno Bipolar[ ]  ADHD [ ]  Problemas de aprendizaje [ ]  Trastorno del Espectro Autista[ ]  La esquizofrenia / psicosis [ ]  Sustancia / alcohol[ ]  Otra:  |

2.3. ¿Alguien en la familia extendida de su hijo (por ejemplo, tías, tíos, abuelos, primos) tienen un trastorno del espectro autista?

 [ ]  Si (describir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  No [ ]  Desconocido

**3. HISTORIA MÉDICA**

3.1. Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la última chequeo y resultados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.2. Ha tenido el niño alguna vez un paciente en un hospital (que no sean unos pocos días después del nacimiento)?

 [ ]  No [ ]  Sí (En caso afirmativo, sírvase completar el cuadro a continuación)

|  |  |
| --- | --- |
| **Mi hijo estaba en el hospital debido a que:** | **¿Cuándo?** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. ¿Está el niño tomando algún medicamento con receta?

 [ ]  No, mi hijo no toma medicamentos prescritos. (Si no, pase a la pregunta # 3.4.)

 [ ]  Si - Por favor enumerar los medicamentos de su niño por debajo de

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la medicina** | **Proporcionado por:** | **Recetado por?** | **Cantidad /****tamaño de píldora** | **¿Cuántas pastillas o dosis toma su niño?** |
|  |  |  |  |  la mañana mediodía cena \_\_\_\_noche  |
|  |  |  |  |  la mañana mediodía cena \_\_\_\_noche  |
|  |  |  |  |  la mañana mediodía cena \_\_\_\_noche  |
|  |  |  |  |  la mañana mediodía cena \_\_\_\_noche  |

(Por favor use el reverso de este formulario si tiene medicamentos más prescritos.)

3.4 ¿Qué over-the-counter medicamentos toma su niño con regularidad?

 [ ]  Vitaminas

 [ ]  Suplementos (por favor indique)

 [ ]  Los antihistamínicos / descongestionantes para las alergias (por favor lista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Otros (por favor indique)

 [ ]  No, mi hijo no toma ningún medicamento de venta sin receta regularmente.

3.5 ¿Su hijo tiene reacciones alérgicas a cualquiera de los siguientes? (Marque todos los que apliquen.)

 [ ]  No, mi hijo no tiene alergias, que yo sepa.

 [ ]  Alergias al aire libre o de interior (por ejemplo: hierba, polen, gatos, polvo ...)

 [ ]  Alergias a los alimentos (por ejemplo, los cacahuetes, leche, trigo ...)

 [ ]  Medicina o disparos (inmunización) alergias. (Por favor escriba a continuación.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicina alergias o inmunización** | **Describa la reacción alérgica.** |
|  |  |
|  |  |

3.6. Por favor marque cualquiera de los siguientes problemas médicos de su hijo ha experimentado.

|  |  |
| --- | --- |
| Mi hijo ha tenido: |  |
| **Las infecciones del oído** | [ ] Si [ ]  No  |
| **Problemas nasales (sinusitis, hemorragias nasales)** | [ ] Si [ ]  No |
| **Problemas oculares (visión borrosa, necesidad de usar gafas)** | [ ] Si [ ]  No |
| **Los problemas de audición** | [ ] Si [ ]  No |
| **La boca o la garganta (faringitis estreptocócica problemas, problemas para tragar)** | [ ] Si [ ]  No  |
| **Diarrea (evacuaciones intestinales frecuentes y nasal)** | [ ] Si [ ]  No  |
| **Estreñimiento (problemas para tener una evacuación intestinal (BM))** | [ ] Si [ ]  No |
| **Vómitos**  | [ ] Si [ ]  No  |
| Problemas orinar (orinarse en la cama, dolor al orinar) | [ ] Si [ ]  No  |
| **Los problemas de espalda (espalda encorvada, dolor de espalda)** | [ ] Si [ ]  No |
| **Los dolores de crecimiento (hueso o dolores en el cuerpo debido a la cada vez mayor)** | [ ] Si [ ]  No  |
| **Problemas musculares y óseos (debilidad muscular, dolor en las articulaciones)** | [ ] Si [ ]  No  |
| **Problemas de la piel (acné, descamación, erupciones, urticaria)** | [ ] Si [ ]  No |
| **Convulsiones (ataques temblores, largos episodios de ausencias)** | [ ] Si [ ]  No  |
| **Problemas para dormir (para conciliar o mantener el sueño) sonambulismo, terrores nocturnos** | [ ] Si [ ]  No |
| **Problemas respiratorios (tos, asma)** | [ ] Si [ ]  No |
| **Ictericia (piel amarilla)** | [ ] Si [ ]  No |
| **Lesiones en la cabeza (conmoción cerebral, pérdida de la conciencia)** | [ ] Si [ ]  No |
| **Ha estado en un accidente de vehículo de motor** | [ ] Si [ ]  No |

**4. Sobre mamá durante el embarazo (Las siguientes preguntas son acerca de la madre biológica del niño durante el embarazo y el parto.)**

4.1. ¿Está su hijo adoptado? [ ]  Si [ ]  No

 En caso afirmativo, ¿qué edad tenía el niño en el momento de la adopción?\_\_\_\_\_\_

 Desde donde estaba su hijo adoptado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.2 Si usted no sabe sobre el embarazo de la madre biológica, marque aquí [ ]  y pase a la pregunta # 5.

4.3 Edad de la madre durante el embarazo, parto: \_\_\_\_\_\_

4.4 ¿Cuál era el estado de salud general de la madre durante el embarazo?

 [ ]  *Excelente*  [ ]  *Bien* [ ]  *Bien* [ ]  *Adecuado* [ ]  *Malo*

4.5 ¿Alguno de los siguientes utilizarse durante el embarazo?

 [ ]  Cigarrillos

 [ ]  Alcohol

 [ ]  Las drogas recreativas (¿cuáles?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 [ ]  Los medicamentos con receta (¿cuáles?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 [ ]  No sabe

 [ ]  Ninguna de las anteriores

4.6 ¿La madre tiene alguna de las siguientes condiciones o problemas durante el embarazo?

 [ ]  Preeclampsia (presión arterial alta) [ ]  Diabetes (azúcar)

 [ ]  El estrés emocional [ ]  Lesión o enfermedad grave

 [ ]  Procedimientos médicos, ¿qué? [ ]  Sangrado o manchado inesperado

 [ ]  Otra [ ]  No sabe

4.7 Fue el nacimiento:

 [ ]  En la fecha de vencimiento

 [ ]  Antes de la fecha de vencimiento (por la cantidad de )

 [ ]  Después de la fecha de vencimiento (por cuánto )

 [ ]  No sabe

4.8 Fue el nacimiento: [ ]  Vaginal [ ]  C-Section [ ]  No sabe

4.9 ¿Alguno de los siguientes usado?

 [ ]  Medicamento para el dolor durante el parto (epidural)

 [ ]  Otros medicamentos (Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 [ ]  Herramienta para ayudar a tirar bebé (fórceps o ventosa)

 [ ]  Ninguno

 [ ]  No sabe

4.10 ¿Cuánto pesa su hijo al nacer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.11 Perímetro cefálico si lo sabe?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APGAR (si se conoce)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.12 ¿Hubo algún problema durante el parto? [ ]  Si [ ]  No

4.13 En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**5. ABOUT YOUR CHILD AS A BABY**

5.1. Fue / es su hijo con leche materna? 0 Sí 0 No 0 No sabe En caso afirmativo, ¿cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.2 En los primeros 2 meses de vida, dijo su hijo (por favor marque todas las condiciones de su hijo experimentan):

 [ ]  Ictericia (piel amarilla) En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Cólico (dolor de estómago, llorando. Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Problemas respiratorios. En caso afirmativo, ¿hasta cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Ninguna de las anteriores

5.3 ¿A qué edad el niño tiene los siguientes hitos?

**Arrastrarse**

**Incorporarse**

**Caminar**

**Use palabras significativamente distintos de "mamá" y "papá"**

**Utilice dos o tres palabras frases (por ejemplo, "comer galletas")?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.4 ¿Cómo calificaría el temperamento de su hijo (por ejemplo, "la personalidad") en los tres primeros años de vida? (Marque todos los que apliquen.)

 [ ]  Fácil [ ]  Feliz [ ]  Social / Interactivo [ ]  Retirado

 [ ]  Irritable [ ]  Exigente [ ]  Otra [ ]  Desconocido

**6.1 Habla / lenguaje (Por favor adjunte cualquier evaluación del habla / lenguaje)**

 [ ]  Retrasado [ ]  Mediocre [ ]  Superior a la media

6.2 ¿Se habla desarrollar y parecen detenerse por un período?[ ] Si [ ] No

 En caso afirmativo, ¿cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.3 ¿Su niño parece tener dificultad para pensar en palabras que decir?[ ]  Si [ ]  No

6.4 ¿Su niño parece tener dificultad para entender? [ ]  Si [ ]  No

6.5 Escriba un ejemplo de una frase típica que dice su niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.6 Escriba un ejemplo de sentencia más larga de su hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA**

7.1 ¿Cómo es la actitud de su hijo de la escuela?

 [ ]  Excelente [ ]  Mediocre [ ]  Malo (por favor describa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.2Encierra en un círculo la calificación adecuada para describir el rendimiento de su hijo en cada área en comparación con la misma edad: *1=* *Excelente 2=* *Bien 3=*  *Mediocre 4=* *Adecuado 5=Malo*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grade** | **Académica** | **Peer Interaction** | **Teacher interaction** | **Extracurricular Activities** |
| Preescolar/K | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 1-2 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 3-5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 6-8 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 9 – 12+ | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

7.3 ¿Cuál es el tema de su hijo en la escuela o actividad favorita? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.4 ¿Cuál es tu hijo asignatura que menos le gusta o actividad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.5 ¿Cuáles son las fortalezas de su hijo en la escuela? ¿En su casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.6 ¿Tiene su hijo participe en actividades fuera de la escuela? [ ]  Si [ ]  No

En caso afirmativo, por favor indique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.8 Aproximadamente, ¿cuántas horas de televisión tiene su hijo ver todos los días?

 [ ]  0-2 horas [ ]  3-5 horas [ ]  Más de 5 horas

7.9 ¿Cuántas horas tiene su hijo en una computadora todos los días?

 [ ]  Menos de 1 hora [ ]  1-3 horas [ ]  Más de 3 horas [ ]  No utiliza una computadora

7.10 ¿Tiene su hijo use un casco al andar en bicicleta, patinaje, patín de embarque, etc?

 [ ]  Si [ ]  No [ ]  No hacer actividades como esa

7.11 ¿Tiene su hijo a abrochado en un asiento de seguridad o un cinturón de seguridad cuando viajan en un auto?

 [ ]  Si [ ]  No

7.12 ¿Tiene armas / armas en el hogar? Si [ ]  No [ ]

 En caso afirmativo, ¿están encerrados? Si [ ]  No [ ]

7.13 Quién es el principal responsable de la disciplina de su hijo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.14 ¿Todos los médicos están de acuerdo en las estrategias de disciplina?[ ]  Si [ ]  No

Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.15 ¿Qué métodos de disciplina crees que son los más efectivos? Menos eficaz? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.16 ¿Qué tipo de actividades hacen juntos como familia? (por ejemplo, comer juntos, salir a caminar, TV, etc) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.17¿Cómo su hijo a llevarse bien con los demás en la familia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.18 ¿Cómo su hijo con la misma edad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.19 ¿Qué hace su hijo le gusta más hacer cuando están en casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.20 Su hijo ha tenido alguna relación con la policía o el sistema judicial?[ ] No [ ]  Sí. Por favor, explique

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

7.21 ¿Su hijo actualmente tiene pensamientos de suicidio y / o homicidio?

 [ ] No [ ]  Sí. Por favor, explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.22 ¿Su hijo actualmente mostrar ningún comportamiento físicamente agresivo o peligroso?

 [ ] No [ ]  Sí. Por favor, explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\**** ***Si su hijo está expresando pensamientos de hacerse daño a sí mismo oa otros, llame al 911, 1-800-784-2433 o 1-800-273-8255 (National Suicide Hotline), o lleve a su hijo a la sala de emergencias más cercana .***

7.23 ¿Está su niño actualmente o ha tenido su hijo alguna vez ha empleado / tiene un trabajo?

 [ ] No [ ]  Sí. Por favor, explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.24 Su hijo ha sido suspendido / expulsado de la escuela? [ ] No [ ]  Si

Si es así, tiene alguna de las suspensiones / expulsiones se produjeron en el último año escolar?[ ] Si [ ] No

En caso afirmativo, por qué conductas de su hijo fue suspendido / expulsado y por cuánto tiempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.25¿Qué otra información que considere importante para nosotros saber acerca de su hijo y / o familiar que afecta el comportamiento por el cual desea recibir ayuda? (por ejemplo, los factores de estrés en la familia, una enfermedad grave, las pérdidas, los movimientos, los desastres, las finanzas, arreglos de vivienda)

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

7.26 ¿Qué es lo que esperamos que suceda a su hijo ya su familia de esta evaluación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.27 ¿Qué es lo que esperamos que suceda en la experiencia escolar de su hijo de esta evaluación?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier información adicional que nos ayudará en la revisión de su caso. (por ejemplo, la lista permanente de medicamentos o diagnósticos, información de tutela legal, etc):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***YO ENTIENDO QUE MI RECOMENDACIÓN NO SERÁ REVISADO HASTA UNA CORRIENTE IEP/504 plan se somete, (EN SU CASO). ENTIENDO QUE PAQUETES INCOMPLETOS Y FORMULARIOS REFERIDOS retrasará el proceso de tener valoración del caso.***

**\*** **Firma del padre, madre o tutor legal:**

Dirección [ ]  Igual que el niño. Si la dirección no es el mismo que el niño por favor completa :

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciduad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto: Teléfono (H): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (W): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

**CONSENTIMIENTO de Consulta, Observación Directa y Evaluación**

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) o pupilo(a),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reciba consultas, evaluaciones, y la intervención de el University of South Florida Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI). Entiendo que ICEI, sus consultores y personal (incluyendo estudiantes graduados bajo la supervisión) pueden llevar a cabo observaciones de mi hijo(a) en su ser / entorno escolar y que se otorgan y trabaje con personal de la escuela como parte de la evaluación ICEI y / o proceso de consulta. Yo entiendo que los resultados de las evaluaciones realizadas por ICEI será compartido conmigo. Por otra parte, entiendo que los resultados de las evaluaciones de mi hijo(a) en el ICEI será compartida con personal de la escuela.

Yo entiendo que no incurrire en ninguna obligación financiera para las evaluaciones y demás servicios prestados por el ICEI. Si el equipo de evaluación ICEI sugieren nuevas evaluaciones que son incapaces de realizar por ICEI y optan por seguir una evaluación más allá de los directamente ofrecidos por ICEI, entiendo que voy a ser responsable de los gastos incurridos.

Yo entiendo que puedo dar mi consentimiento para la consulta, observación directa, y la evaluación total o parcial, en cualquier momento mediante notificación escrita al ICEI a la dirección indicada en este formulario de consentimiento. Entiendo que mi revocación del consentimiento para la consulta, observación directa, y la evaluación no revoca la libertad de la responsabilidad de consultas, evaluaciones e intervención

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

Firma del padre o tutor legal Fecha

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

Firma del padre o tutor legal Fecha



College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

**Liberación de Responsabilidad para Consultas, Evaluaciones e Intervención**

En consideración de anteriores consultas establecidas, evaluaciones, y la intervención previstas, sin obligación financiera por el ICEI en nombre y representación de la Universidad del Sur de Florida Junta de Síndicos, yo libero al Estado de la Florida, a la Universidad del Sur de Florida Junta de Síndicos, a la Universidad del Sur de Florida, y los agentes, empleados y miembros de la anteriormente mencionada, a partir de todas las acciones, causas de acción, daños, reclamos o demandas que yo, mis herederos, ejecutores, administradores o cesionarios pudieran tener en contra de todos y cada uno de los anteriormente mencionados para el personal de todos y cada uno lesiones, conocidas o desconocidas, que tenga o pueda incurrir por su participación en las consultas arriba mencionadas, las evaluaciones, y la intervención, y de todos los daños a mi propiedad y/o persona.

Que acepto expresamente que la autorización y la exención de responsabilidad de Acuerdo tiene la intención de ser lo más amplio e inclusivo como lo permita la ley de la Florida y que si alguna parte de éstos, se considera no válida, se acordó que el resto, sin embargo, continuará en pleno vigor y en efecto legal.

He leído esta Autorización y Exención de Responsabilidad y de Acuerdo y he entendido todos sus términos. Lo ejecutan de manera voluntaria y con pleno conocimiento de su significado.

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

 Nombre del niño(a) Fecha de Nacimiento

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

 Firma del padre o tutor legal Fecha

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

 Firma del padre o tutor legal Fecha



College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

**En cuanto a la autorización de estudios de investigación, modo de comunicación y el uso educativo de las sesiones grabadas**

Nombre de Niño/Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Participación en proyectos de investigación:**

Los padres o tutores legales o los clientes que hayan alcanzado la mayoría de edad se les puede pedir por los investigadores en la universidad de si estarían interesados ​​en participar en un estudio de investigación acerca de sus condiciones. Cuando fue contactado, las familias o tutores legales y estudiantes se les dará la oportunidad de revisar información sobre el estudio con el fin de decidir si desean o no participar. **La participación en cualquier estudio de investigación es siempre opcional y no afectará a los servicios prestados a la niño / estudiante. Las familias o tutores legales y estudiantes que no deseen ser contactados en relación con la oportunidad de participar en la investigación pueden optar en cualquier momento poniéndose en contacto con la clínica o mediante la comprobación de la declaración a continuación. Iniciales** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, no me contacto con la oportunidad de participar en la investigación.

**La comunicación electrónica y la transmisión de información de servicios relacionados con:**

La autorización se da al Interdisciplinary Center of Evaluation and Intervention (ICEI) of the Department of Child and Family Studies, University of South Florida, 13312 Bruce B. Downs Blvd., Tampa, FL, 33612, comunicarse conmigo a través de correo electrónico, teléfono (voz / texto), y / o fax de la persona arriba mencionada niño / estudiante. Reconozco que el ICEI no puede ser responsable de la no-comunicación protegida. Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El reconocimiento de la grabación de las sesiones (audio y vídeo):**

Además de ser un proyecto de servicio directo, La Universidad del Sur de la Florida Centro Interdisciplinario de Evaluación e Intervención sirve como un centro de formación de futuros profesionales en psicología, análisis de comportamiento, asesoramiento de rehabilitación, ciencias de la comunicación y desórdenes, trabajo social, educación especial, la psiquiatría, y pediatría. Todos los niños y los estudiantes se ven en la clínica para servicios de evaluación y la intervención debe estar de acuerdo con la grabación de video / audio de las sesiones. Las grabaciones pueden ser revisadas y utilizadas por los profesores, el personal y los estudiantes como parte de la intervención / plan de apoyo de un niño, como parte de la investigación, y / o para facilitar los objetivos de instrucción para los estudiantes en sus valores basados ​​en la escuela. Las precauciones adecuadas relacionadas con la privacidad y la confidencialidad será utilizado para el uso y almacenamiento de tales grabaciones. La autorización específica con respecto a las grabaciones que se describen a continuación y deberá ser firmado por cada familia / tutor legal o un niño / estudiante que ha alcanzado la mayoría de edad.

"Entiendo que la anterior y la presente libero de la Universidad de Florida del Sur, Centro Interdisciplinario de Evaluación e Intervención, el derecho a realizar grabaciones de audio y vídeo en cualquier y todas las fases del proceso educativo y de recuperación y poner las grabaciones de audio y video a cualquier legítimos fines educativos o de formación. Todas las grabaciones y sus reproducciones seguirán siendo propiedad del Centro Interdisciplinario para la Evaluación e Intervención. Además, se acordó que en el caso de que el Centro Interdisciplinario de Evaluación e Intervención o de sus cesionarios se convertirá en un acusado parte de un litigio por dichas personas, como resultado del uso legítimo de dichas grabaciones de audio y de vídeo y / o Literatura descriptiva o pistas de sonido, (e / lE) deberá mantener indemne e indemnizar a ella oa sus cesionarios de cualquier juicio, que pueden incluirse en contra de ella o de sus cesionarios. "

Signatura : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

**Autorización para utilizar o divulgar información de salud protegida**

**Correspondencia por correo electrónico o medios electrónicos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Niño / Cliente: | Fecha de Nacimiento: | Dirección: |
| Nombre de Los padres/Tutor Legal | Verificación de la identidad | Verificación de la Autoridad |

Al firmar este formulario, autorizo ​​a la Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI) personal para comunicarse a través de (marque lo que corresponda) correo electrónico , videoconferencia, audio teleconferencia, y/o otros medios electrónicos (describir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conmigo, otros profesionales pertinentes (por ejemplo los proveedores de cuidado de la salud, terapeutas) y personal de la escuela, según sea necesario para la evaluación de mi hijo y la intervención.

**Por favor, especifique direcciones de correo electrónico que se utilizará**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN En cuanto al uso o la divulgación de información de salud protegida a través de la comunicación electrónica**

**Correspondencia por correo electrónico:**

Los clientes y / o representantes personales que deseen comunicarse con el personal del ICEI por e-mail debe considerar todas las cuestiones siguientes antes de firmar una autorización para utilizar o divulgar información de salud protegida a través de medios electrónicos:

* E-mail en la Universidad del Sur de Florida pueden ser enviados, interceptado, impreso y almacenado por los demás.
* El personal que no sea el profesional médico le puede leer y procesar el correo electrónico.
* Comunicación por correo electrónico es una conveniencia y no es apropiado para casos de emergencia o el tiempo? temas delicados.
* Información altamente sensible o personal no debe ser comunicada por correo electrónico (es decir, el estado del VIH, la enfermedad mental, dependencia química, y las cuestiones de compensación al trabajador)
* Los empleadores en general tienen el derecho a acceder a cualquier correo recibido o enviado por una persona en el trabajo.
* Mensajes clínicamente relevantes y las respuestas serán documentados en los registros clínicos del niño.
* Pautas de comunicación deben estar comprendidos entre el médico y la familia / tutor legal, incluyendo: (a) con qué frecuencia el correo electrónico será verificada, (b) Instrucciones sobre cuándo y cómo escalar a las llamadas telefónicas y visitas a la clínica, y el tipo (c) de las transacciones que sean apropiados para el correo electrónico.
* El contenido de mensajes de correo electrónico debe incluir
1. el tema del mensaje en la línea de asunto (es decir, la remisión / nombramiento pedido, etc)
2. niño clara y la familia / tutor legal de identificación incluyendo el nombre del niño, número de teléfono y de la familia / el nombre de su tutor legal en el cuerpo del mensaje.
* La Universidad del Sur de la Florida no será responsable por la pérdida de información o mal dirigido, debido a errores técnicos o fallos.
* La declaración de confidencialidad se recomienda lo siguiente para su inclusión en todos los correos electrónicos entre pacientes y médicos:

NOTA: Este comunicado puede contener información que está protegida legalmente contra la divulgación no autorizada. Si usted no es el destinatario, por favor, tenga en cuenta que cualquier divulgación, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si usted ha recibido este mensaje por error, usted debe notificar inmediatamente al remitente por teléfono o por correo electrónico de retorno y borre el mensaje de su computadora.

**Video y conferencias de audio**:

Las familias o tutores legales y los niños y estudiantes y / o representantes personales que participan en las teleconferencias con su ICEI evaluador / equipo debe considerar todas las cuestiones siguientes antes de firmar una autorización para utilizar o divulgar información de salud protegida a través de medios electrónicos:

* Aunque interactivos de video y teleconferencias de audio utilizan los equipos y líneas de telecomunicaciones que han sido aprobados para su uso seguro por la Universidad del Departamento de Información Tecnológica, total privacidad y la seguridad no puede ser garantizada.
* La información personal pertinente se comunicará durante la teleconferencia.
* El personal que no sea ICEI personal puede tener acceso a las grabaciones de teleconferencias y transmisiones.
* La Universidad del Sur de la Florida no será responsable por la pérdida de información o mal dirigido, debido a errores técnicos o fallos.

*Entiendo que los siguientes tipos de información de salud protegida puede ser usada, revelada, y retenido por el personal del ICEI s como resultado de las comunicaciones:(Marque todos los que son aprobados.)*

La información de m b i hijo salud contenida en los correos electrónicos y mi dirección de correo electrónico;

Vídeo o imágenes electrónicas de diagnóstico (x-rays. MRIs. CT Scans).resultados de las pruebas de laboratorio, informes de patología, y otras resultados de pruebas diagnósticas si se proporciona o según sea necesario.

Las grabaciones de video (sonido e imagen) de las partes del cuerpo de mi hijo, que pueden incluir a su / su rostro.

*Asimismo, autorizo ​​la divulgación de información relacionada con: (Marque todos los que son aprobados.)*

Salud Mental Archivos Escolares, Abuso de Sustancias / VIH / SIDA, que pueden ser incluidos en la información de salud protegida enumerada anteriormente.

He leído y entendido la alerta de las Comunicaciones Electrónicas y de acuerdo en que mensajes de correo electrónico y teleconferencias pueden incluir información de salud protegida sobre mi hijo / pupilo, siempre que sea necesario. Entiendo que, por ley federal, la Universidad del Sur de la Florida no puede usar o divulgar mi información de salud, salvo lo dispuesto en la Comunicación de la Universidad de prácticas de privacidad, sin mi autorización. Mi firma en esta autorización indica que estoy dando permiso para que los usos y divulgaciones de la información de salud protegida descrita anteriormente. Yo libero a la Universidad del Sur de la Florida y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad que pudiera derivarse de la divulgación de información como ya he indicado. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si desea revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y dirigirla a la persona o institución nombrada anteriormente que estoy autorizando a divulgar mi información. Entiendo que si revoco esta autorización, no se aplicará a cualquier información ya revelada como consecuencia de esta autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que las instituciones o personas mencionadas anteriormente no se puede negar o rechazar la prestación de servicios si me niego a firmar esta autorización. Entiendo "que, una vez que la información sea divulgada de acuerdo a esta autorización, es posible que ya no serán protegidos por la ley federal de privacidad médica y podría ser divulgada por la persona o entidad que lo recibe.

Esta autorización se vence automáticamente al Sin fecha de vencimiento **Ot**ra­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Fecha*

Firma del padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Niño/Ciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

**USF Authorization to Records Custodian**

**RELEASE OF INFORMATION – SCHOOL RECORDS**

Nombre del Niño(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, Entiendo que estoy autorizando el custodio designado de registros o custodio base de datos para utilizar y/o divulgar mi información confidencial, incluyendo mi información de salud protegida(ISP) (if applicable) como se define en 45 CFR 164.501, los reglamentos federales de aplicación de la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (“HIPAA”) como se describe a continuación a la siguiente persona u organización.

Intercambiar información con Intercambiar información con\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Interdisciplinary Center for Evaluation & Intervention (ICEI)** Nombre

**Bruce 13301 B. Downs Blvd., MHC2113A**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Organización

**Tampa, FL 33612**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección

Atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal

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

 Número de Telephono Número de fax

 Phone # Fax #

I specifically authorize the use and release of the following information/documents.

[x] Psychological [x]  Occupational Eval./Therapy

[x]  Educational [x]  Behavioral or mental health records

[x]  Academic [ ]  Drug or Alcohol Abuse records

[ ]  Medical [ ]  Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

[x]  Speech/Language Eval./ Therapy [ ]  Other Evaluations/Reports/Therapy (Specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The purpose of release is: (please check all that apply)

[ ]  Consultation [ ]  Management [x]  Planning

[x]  Evaluation [ ]  Coordination of care [ ]  Other(specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si solicitando información relacionada con: (1) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), (2) tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, (3) la salud mental o de comportamiento o de la atención psiquiátrica, con exclusión de las notas de psicoterapia o (4) las pruebas genéticas, la autorización específica en este formulario o una orden judicial es necesaria ya que la información es privilegiada.**

Puedo revocar el formulario de autorización en cualquier momento mediante notificación dirigida al depositario por encima de los registros hace referencia a la ubicación de las mencionadas anteriormente, mi intención de revocar esta autorización. El envío de esta forma, firmado, fechado y con las palabras "revocación de autorización" es la suficiente antelación. Sin embargo, entiendo que dicha revocación no tendrá efecto alguno sobre la información ya utilizada o revelada por la Universidad del Sur de la Florida antes de la Universidad de recibir mi notificación escrita de revocación.

Esta autorización expira en:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o, si no se especifica, un año a partir de la fecha de este documento. Puedo inspeccionar y recibir una copia de la información para ser usada y divulgada de conformidad con esta autorización.

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

Firma de la persona / padre / tutor legal Fecha

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



College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

**USF Authorization to Records Custodian**

**Publicación de la Información – Archivos Médicos**

Nombre del Niño(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, Entiendo que estoy autorizando el custodio designa donde registros o custodio base de datos para utilizar y/o divulgar mi información confidencial, incluyendo mi información de salud protegida(ISP) (if applicable) como se define en 45 CFR 164.501, los reglamentos federales de aplicación de la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (“HIPAA”) como se describe a continuación a la siguiente persona u organización.

Intercambiar información con Intercambiar información con\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Interdisciplinary Center for Evaluation & Intervention (ICEI)** Nombre

**Bruce 13301 B. Downs Blvd., MHC2113A**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Organización

**Tampa, FL 33612**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección

Atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal

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

 Número de Telephono Número de fax

 Phone # Fax #

I specifically authorize the use and release of the following information/documents.

[x]  Psychological [x]  Occupational Eval./Therapy

[ ]  Educational [x]  Behavioral or mental health records

[ ]  Academic [ ]  Drug or Alcohol Abuse records

[x]  Medical [ ]  Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

[x]  Speech/Language Eval./ Therapy [ ]  Other Evaluations/Reports/Therapy (Specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The purpose of release is: (please check all that apply)

[ ]  Consultation [ ]  Management [x]  Planning

[x]  Evaluation [ ]  Coordination of care [ ]  Other(specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si solicitando información relacionada con: (1) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), (2) tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, (3) la salud mental o de comportamiento o de la atención psiquiátrica, con exclusión de las notas de psicoterapia o (4) las pruebas genéticas, la autorización específica en este formulario o una orden judicial es necesaria ya que la información es privilegiada.**

Puedo revocar el formulario de autorización en cualquier momento mediante notificación dirigida al depositario por encima de los registros hace referencia a la ubicación de las mencionadas anteriormente, mi intención de revocar esta autorización. El envío de esta forma, firmado, fechado y con las palabras "revocación de autorización" es la suficiente antelación. Sin embargo, entiendo que dicha revocación no tendrá efecto alguno sobre la información ya utilizada o revelada por la Universidad del Sur de la Florida antes de la Universidad de recibir mi notificación escrita de revocación.

Esta autorización expira en:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o, si no se especifica, un año a partir de la fecha de este documento. Puedo inspeccionar y recibir una copia de la información para ser usada y divulgada de conformidad con esta autorización.

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

Firma de la persona / padre / tutor legal Fecha

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

Nombre de la persona / padre / tutor legal



College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. • MHC2113A • Tampa, FL 33612

Phone: (813) 974-0968 • FAX: (813) 905-9836

**UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA**

**INTERDISCIPLINARY CENTER FOR EVALUATION AND INTERVENTION (ICEI)**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Este aviso describe cómo la información de salud personal, académica, psicológica, médica, y otros acerca de su hijo puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a la información. Por favor, léalo con cuidado.

**Introducción**

El Centro Interdisciplinario de Evaluación e Intervención (ICEI) de la Universidad de South Florida (USF) proporciona una evaluación psicológica y de comportamiento a los niños de 3-21 años de edad para apoyar su éxito académico y social / emocional. El personal principal de la clínica incluye psicólogos con licencia, los analistas del comportamiento, los especialistas de recursos familiares, y estudiantes avanzados de los programas de Análisis de Conducta Aplicada y Psicología Escolar. Además, la facultad de consultoría y profesionales de los Colegios o Departamentos de Salud, Ciencias de la Comunicación, Trabajo Social, Educación Especial, y Psiquiatría participar en las reuniones semanales del equipo interdisciplinario. En conjunto, todas estas entidades y su cuerpo docente, personal, estudiantes y otros aprendices nos hemos referido en este Aviso como el "ICEI USF", "Grupo", "nosotros", "nos", y "nuestro".

Este aviso le dirá sobre las maneras en que ICEI puede utilizar y divulgar información personal, académica, psicológica y de salud de su hijo. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de información personal, académica, psicológica y de salud (aquí en adelante, a través de este aviso, se refirió a la información personal sensible). Estamos obligados por la ley para asegurarse de que la información personal que lo identifica se mantenga privada; que le demos este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información personal de su hijo, y de seguir los términos del aviso que está actualmente en vigor. Este aviso se aplica a todos los registros relacionados con los servicios proporcionados a su hijo por el ICEI.

**Nuestro compromiso con respecto a su información personal sensible**

Valoramos la confianza que han depositado en nosotros para proporcionar servicios de intervención y de evaluación para su hijo. En consonancia con nuestro compromiso de proporcionar ejemplares, basadas en la evidencia prácticas, estamos comprometidos a tratar a toda la información que usted nos dé de forma responsable. Nos comprometemos a tratar a su hijo de la información personal de manera privada y seguir las leyes aplicables a la privacidad de la información personal utilizada en el suministro de las evaluaciones de su hijo, en nuestras actividades de enseñanza, y en nuestros estudios de investigación.

**¿Quién debe cumplir este aviso?:**

Todos los psicólogos, profesores, empleados, practicantes, estudiantes, voluntarios y demás personal del ICEI y cualquier otro personal administrativo USF cuando se está utilizando y la divulgación de información personal sensible en apoyo de ICEI.

**Cuando se aplica este aviso?**

Este aviso se aplica a la clínica ICEI y otros miembros del equipo interdisciplinario, que contribuyan a la evaluación de su hijo y apoya la intervención.

**La información que recopilamos**

Creamos un registro de información personal, psicológico, educativo y de salud de su hijo y de los servicios que ofrecemos a su hijo a través ICEI. Este registro es necesario para proporcionar a su hijo con ejemplares, basadas en la evidencia apoya y para cumplir con la ley. Usamos este disco a colaborar con el personal escolar que trabajan con su hijo a fin de ayudar con su su / el éxito académico y social / emocional en la escuela. También se compila la información que informe a la fuente de financiación de los servicios que ofrecemos a su hijo.

**Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica**

Las categorías siguientes describen las maneras habituales que podemos utilizar y divulgar su hijo la información personal sensible. Para cada categoría se dan algunos ejemplos. No todos los usos de la divulgación en una categoría en la lista. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y revelar información caen dentro de una de las categorías.

***De evaluación e intervención***

 Podemos utilizar su información personal del niño sensible que nos proporcione la información en la selección de adecuadas evaluaciones, intervenciones y colaborar con la escuela de su hijo. Su hijo de la información personal sensible será compartida con la escuela y el personal ICEI y los miembros del equipo interdisciplinario, los estudiantes, aprendices, u otro personal involucrado en los servicios de su hijo. Por ejemplo, si su hijo está experimentando problemas con la falta de atención que pueden tratar sobre la presentación de su hijo con el personal escolar para averiguar qué tipo de evaluaciones e intervenciones que han llevado a cabo, y nosotros podemos revisar la información con los miembros del equipo interdisciplinario para determinar las evaluaciones adicionales que pueden ser necesario. El proceso de un equipo interdisciplinario por lo general incluye la presentación del caso, la toma de decisiones, y el consenso sobre los próximos pasos y se puede modelar y revisar con los estudiantes de la USF y aprendices de sus experiencias de aprendizaje.

También podemos divulgar información personal acerca de su hijo a las personas relevantes fuera del ICEI, tales como personal de la escuela que puedan estar involucrados en la atención académica y social / emocional de su hijo, o de otro proveedor, tal como un médico, que no trabajan para ICEI. Por ejemplo, el equipo puede sugerir que un especialista en evaluación adicional puede ser necesario que se encuentre fuera de nuestro alcance de los servicios o si lo desea, comparta esta información con un especialista fuera de ICEI. En ese momento las recomendaciones será compartida con usted y con la debida autorización de usted nos proporcionará la información al proveedor fuera de ICEI para obtener más ayuda para su hijo.

***Para Informes Fuente de Financiamiento***

Podemos usar y divulgar la información a nuestra fuente de financiación. Vamos a eliminar la información que identifica a su hijo de este conjunto de información. Por ejemplo, podemos informar que el número de alumnos atendidos en la clínica, el número de evaluaciones de conducta funcional completa, la disminución del número de intervenciones de aislamiento y las restricciones utilizados en el entorno escolar, etc.

***Para Operaciones***

Podemos utilizar y divulgar su información personal del niño sensible para examinar la eficacia de nuestras prácticas. Por ejemplo, podemos usar su información personal del niño sensible a revisar nuestras evaluaciones y apoyos de intervención y el desempeño de nuestro personal en la prestación de servicios a su hijo. También podemos revelar información a los estudiantes, aprendices, y otro personal para propósitos de revisión y aprendizaje. Podemos quitar información que identifique a su hijo de este conjunto de información para que otros puedan usarla para estudiar la prestación de servicios sin saber quiénes son las personas específicos.

***Según lo requerido por la Ley***

 Daremos a conocer a su hijo de la información personal cuando sea requerido por las leyes federales, estatales o locales y de acuerdo con las leyes que protegen a los individuos y el público de la violencia, el abuso y el maltrato, por ejemplo, en situaciones en las que existe una sospecha de abuso o la negligencia de una persona menor de edad o vulnerables, una amenaza de daño a sí mismo oa los demás, una orden judicial o una citación judicial para los registros.

Cualquier revelación se haría para ayudar a prevenir o disminuir una situación problemática (por ejemplo, aplicación de la ley).

**Situaciones especiales**

**Actividades de Salud Pública**

Podemos divulgar su hijo la información personal a funcionarios de salud pública o una agencia gubernamental extranjera, ya que se requiere para efectos de mantener estadísticas sobre ciertas condiciones y las decisiones de política pública de salud. Una vez más, en estas circunstancias, la medida de lo posible y lo permita la ley, los identificadores personales de su hijo específica serán eliminados.

**Supervisión de la Salud, autorización, acreditación y actividades reguladoras**

Podemos revelar información personal sensible a los organismos de supervisión autorizadas para realizar auditorías, investigaciones, e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales controlan el funcionamiento de ICEI, la concesión de licencias a los proveedores de cuidado de la salud en la Florida, y las leyes de derechos civiles. También podemos revelar su información a cualquier agencia que revisa nuestras operaciones, tales como el Consejo de Acreditación para la Educación de Postgrado.

**Sus derechos con respecto a la información confidencial personal de su hijo:**

**Usted tiene los siguientes derechos sobre la información personal que mantenemos sobre su hijo:**

**Derecho a inspeccionar y copiar**

Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información personal de su hijo que se puede utilizar para tomar decisiones sobre la evaluación de su hijo y la intervención por el tiempo que nosotros mantengamos esta información en nuestros registros. Para inspeccionar u obtener una copia de la información personal de su hijo, por favor escriba a la dirección ICEI siempre en la parte superior de este documento en la página uno. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrar una cuota por el costo de lidiar, correo y otros suministros que utilizamos para satisfacer su petición.

Normalmente responderemos a su solicitud dentro de 30 días si la información se encuentra en nuestras instalaciones y dentro de 60 días si se encuentra fuera del sitio en otro centro. Si necesitamos tiempo adicional para responder, se lo notificaremos a explicar la razón de la demora y proporcionar un marco de tiempo para cuando se puede esperar una respuesta a su solicitud.

Bajo ciertas circunstancias, podemos denegar su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de la información personal de su hijo (por ejemplo, los registros relacionados con la participación de su hijo en un estudio de investigación confidencial). Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una notificación escrita que identifique las razones de la denegación, se explican sus derechos para tener esa decisión sea revisada y cómo puede ejercer esos derechos, e incluye información sobre cómo presentar una queja sobre estos temas con nosotros o una agencia gubernamental apropiada.

**Usos y divulgaciones con su autorización por escrito**

Es posible que necesitemos obtener su autorización escrita antes de usar o divulgar su información personal del niño sensible para otros propósitos o para compartirlo con otras personas fuera de ICEI. También puede iniciar la transferencia de sus archivos a otra persona al llenar y firmar un formulario de autorización por escrito. Si usted nos proporciona con la autorización escrita, usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que ya han confiado en él. Para revocar una autorización por escrito, por favor escriba a ICEI en la dirección en la última página de este documento.

**Derecho a modificar**

Si usted cree que la información que tenemos acerca de su hijo es incorrecta o incompleta, usted tiene el derecho de pedirnos que enmendemos la información, siempre y cuando la información es guardada en nuestros registros. Para solicitar una enmienda, por favor escriba a ICEI en la dirección en la última página de este documento. Al solicitar dicho cambio (s), debe incluir las razones por las que pensamos que debe hacer la enmienda. Podemos negar su petición para una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Normalmente responderemos a su solicitud dentro de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder, se le notificará por escrito para explicar la razón del retraso y cuándo puede esperar a tener una respuesta definitiva a su solicitud.

Podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que no fue creada por nosotros, no es parte de la información conservada por nosotros, no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o es preciso. Si negamos su solicitud de una parte o la totalidad, nosotros le proporcionaremos una notificación escrita que explique las razones para hacerlo. Usted tiene el derecho de disponer de cierta información relacionada con su solicitud de enmienda incluida en sus registros. Por ejemplo, si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de negar una enmienda, usted tendrá la oportunidad de presentar una declaración explicando su desacuerdo, y vamos a incluir esta declaración en sus registros. También incluirá información sobre cómo presentar una queja con nosotros o con una agencia gubernamental apropiada.

**Derecho a una Contabilidad de Revelaciones**

Usted tiene derecho a solicitar y recibir un informe de las divulgaciones de la información personal de su hijo en los seis años anteriores a la fecha en la que se solicita la contabilidad. Entre los datos se identifican ciertas personas u organizaciones a las que hemos divulgado su información. Toda la contabilidad incluye revelaciones solamente, y no incluirá el uso de la información personal de su hijo.

Además, no estamos obligados a dar cuenta de las siguientes revelaciones:

* + - Divulgación de información que le hicimos a usted oa su representante legal;
		- Divulgación de información que hizo después de obtener su autorización por escrito;
		- Divulgación de información que hicimos para las operaciones de tratamiento o de negocios;
		- Revelaciones hechas a personas involucradas en su cuidado o para otros fines de notificación;
		- Divulgaciones que fueron incidentales a los usos permitidos y divulgaciones de la información personal de su hijo;
		- Divulgación de información para fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de negocios, donde ha sido de su hijo la información personal sensible parcialmente des-identificada por lo que no se identifican directamente;
		- •Divulgación de información para la seguridad nacional o de inteligencia;
		- Divulgación de información a instituciones correccionales oa oficiales de la ley sobre las personas bajo su custodia legal;
		- Revelaciones hechas antes de abril 14, 2003.

Para solicitar una contabilidad de revelaciones, por favor escriba a ICEI en la dirección en la última página del documento. La solicitud debe indicar un período de tiempo en los últimos seis años (pero el 14 de abril de 2003) para las revelaciones que usted quiere que incluyamos. Usted tiene derecho a recibir un informe dentro de cada período de 12 meses sin costo alguno. Sin embargo, podemos cobrarle por el costo de proporcionar los informes adicionales. Nosotros le notificaremos del costo implicado y usted puede optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en costo alguno. Normalmente responderemos a su solicitud de un plazo de 60 días. Si necesitamos más tiempo para preparar la contabilidad, se le notificará por escrito sobre la razón de la demora y la fecha en que usted puede esperar para recibir el informe.

**Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales**

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos la manera en que utilizamos y revelamos su hijo la información personal sensible a llevar a cabo intervenciones para su hijo o llevar a cabo nuestra o de las operaciones de otra entidad de atención médica de negocios. Usted también puede solicitar que limitemos la manera en que divulgar su información personal del niño sensible a las personas que participan en las intervenciones de su hijo. Para solicitar una restricción, por favor escriba a ICEI en la dirección en la última página del documento. Su solicitud debe incluir (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar la forma en que usamos la información, cómo la damos a conocer a los demás, o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites .

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción (por ejemplo, las restricciones a la escuela), y en algunos casos, la restricción que usted solicita no puede ser permitida por la ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tiene el derecho de revocar la restricción en cualquier momento. En algunas circunstancias, también tiene el derecho de revocar la restricción. Nosotros le notificaremos antes de hacerlo.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

 Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de la información personal de su hijo en una manera más confidencial solicitando que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Vamos a atender las solicitudes razonables. Es fundamental, sin embargo, que tenemos la capacidad de comunicarse con usted por teléfono. Usted puede solicitar una comunicación confidencial por teléfono, en persona o por escrito al ICEI a la dirección en la última página del documento. Por favor, especifique en su solicitud de cómo o dónde desea ser contactado.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado para la información personal que ya tenemos acerca de su hijo, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en nuestra clínica, la notificación contendrá la fecha efectiva en la primera página.

**¿Cómo contactar con nosotros:**

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor póngase en contacto con nosotros en el 813 974 0968 o en ICEI@fmhi.usf.edu.

 Toda la correspondencia ICEI deben dirigirse a la siguiente dirección:

College of Behavioral & Community Sciences

Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

13301 Bruce B. Downs Blvd. MHC2113A

Tampa, FL 33612

**University of South Florida Centro Interdisciplinario de evaluación e intervención**

 **ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Versión de la Notificación de prácticas de privacidad Siempre: 04/14/2003

*Al firmar abajo, reconozco que me ha proporcionado una copia de este Aviso de prácticas de privacidad y por ello han sido informados de cómo mi información de salud puede ser utilizada y / o divulgada, y cómo puede obtener acceso y control de esta información.*

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

Firma del paciente (o Representante Personal Autorizado) Fecha

Escriba el nombre del paciente (o representante personal autorizado) Autoridad del Personal Representante (por ejemplo, padre, tutor legal, sustituto de la salud)

**Documentación de esfuerzos de buena fe obtener**

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

El paciente se presentó para su su / servicio en esta fecha y se le proporcionó una copia del Aviso de USF ICEI de Prácticas de Privacidad (Aviso). Un esfuerzo de buena fe se hizo para obtener un acuse de recibo de la notificación. Sin embargo, un acuse de recibo no se obtuvo por el siguiente motivo (s):

 El paciente se negó a firmar el acuse de recibo.

El paciente no pudo firmar o poner sus iniciales el acuse de recibo.

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

Firma del empleado de completar el formulario Fecha

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

 Nombre del empleado:



***Division of Curriculum and Instruction***

***Department of Exceptional Student Education***

**Fecha:** April 16, 2012

**A:** Padre / Guardián

**De:**  Joyce L. Wieland, Director General de Educación de Estudiantes Excepcionales

**Tema:** Collaboration Guidelines

 Interdisciplinary Center for Evaluation and Intervention (ICEI)

 University of South Florida

Hillsborough County Public Schools (SCPH) reconoce la importancia de colaborar con la comunidad y las agencias privadas en nombre de los estudiantes con discapacidades. Esto incluye la colaboración con la Universidad del Centro Interdisciplinario para el sur de la Florida (ICEI) Evaluación e intervención clínica. Damos la bienvenida y alentar la colaboración en beneficio de nuestros estudiantes, sin embargo, es importante tener en cuenta que es responsabilidad del distrito escolar para completar las evaluaciones psicológicas y otras evaluaciones / evaluaciones que sean solicitados por los padres / tutores.

Guías de la Colaboración y procedimientos se indican a continuación para ayudar a los padres / tutores:

-ICEI notificará identificados personal del distrito para indicar que la remisión ha sido presentado por el padre / tutor. ICEI papeleo de admisión, para incluir una copia firmada de este formulario reconociendo la adhesión a las directrices / procedimientos, se termina.

- El personal del distrito le informará director de la escuela que la remisión se ha presentado una vez que el distrito haya recibido la copia firmada de este formulario.

- Sólo los analistas del comportamiento certificados que trabajan actualmente en la clínica ICEI realizarán observaciones en el aula y dar seguimiento a la colaboración.

- El padre / tutor hará una petición formal para la colaboración en contacto con el director de la escuela directamente.

- Principal obtiene una forma de liberación de información de consentimiento firmado por los padres, de acuerdo con los Derechos Educativos y Privacidad (FERPA, 20 USC § 1232g, 34 CFR Parte 99) regulaciones

- El personal de la escuela de principal e implicados, es decir, el profesor, aprobar la programación de las observaciones que se producen como resultado de la colaboración con una agencia externa.

- Servicio directo privado desde el equipo de la clínica ICEI no se pueden proporcionar en la escuela, durante el horario escolar. Instalaciones para usar durante el tiempo fuera de la escuela deben ser pre-aprobado y todos los procedimientos seguidos por los honorarios del distrito y la cobertura de seguros.

- Seguimiento de las reuniones o conferencias, en caso necesario se han programado y aprobado por el director, en colaboración con la escuela a base de proveedores involucrados.

- Todos los miembros del equipo de la clínica ICEI será acompañado por escolares de personal, que no sea el maestro del aula, que se quedan con el observador en todo momento, mientras que en el campus.

- Las observaciones de clases será por tiempo limitado a no más de una hora y el número de días de observación se limita a garantizar que la función de la escuela no se interrumpe.

- Las observaciones se realizaron por no más de un miembro de la clínica ICEI a la vez.

- Seguimiento de las conferencias será solicitada por el padre / tutor y programado por la escuela con los padres, el padre es responsable de invitar a los miembros del equipo de la clínica ICEI a las reuniones programadas.

- Todos los datos recogidos por ICEI equipo de la clínica será considerado con los datos recogidos por, y en colaboración con personal del distrito escolar.

He leído y acepta las Directrices de colaboración, como se indica más arriba, ya que pertenecen a la clínica ICEI.

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estudiante escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_