WESTSIDE
REGIONAL CENTER

CONSENTIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE INGRESOS Y EVALUACIONES PARA OBSERVAR O HABLAR SOBRE EL PROGRESO ESCOLAR

_____ Fecha _____
(Escuela o Distrito Escolar)

De: _____

_____ FDN: _____

_____

La escuela la cual su hijo/hija asiste es requerida por ley que obtenga un consentimiento firmado del padre para poder permitir a cualquier persona, incluyendo al personal del Centro Regional del Oeste, para observar y hablar sobre el progreso escolar. Si usted quisiera de que el personal de WRC continúe contacto con la escuela, por favor de firmar el consentimiento a bajo de la página y regréselo a su Coordinador de Servicios:

_____

WRC Psicólogo Nombre y Titulo Nombre de coordinator de servicios

Yo autorizo al personal del Distrito Escolar de _____ poder hablar sobre el progreso escolar de mi hijo/hija con el/la psicólogo/ga del Centro Regional del oeste.

☐ El personal del Centro Regional del Oeste puede observar a mi hijo/hija en la escuela. (*Para proposito Diagnostico / Elegibilidad)

☐ Otorgo permiso para que la escuela entregue la siguiente información al Centro Regional del oeste : [Marque la caja abajo]

☐ IEP/PEI ☐ Evaluacion del Habla/Audicion ☐ Evaluacion Medica

☐ Evaluacion Psicologica ☐ Evaluacion Educacional Y/o Diagnostica ☐ OT, PT

☐ Otro (Especifique) *tiempo extendido para propósito Diagnostico / Elegibilidad (no mas de1 hora)

_____ _____ _____
Signature/Firma
Consumer, Parent, Guardian/Conservator
Relationship/Relación
Date/Fecha

Cc case record