

Elkhart & St. Joseph Counties Head Start Consortium
245 North Lombardy Drive, Suite A, South Bend, IN 46619

Screening Summary / Resumen de Pruebas

Dear Parent / Estimados Padres: _____ **Date / Fecha:** _____

Your child / Su niño(a): _____ **Date of Birth / Fecha de Nacimiento:** _____

Site / Sitio: _____ **Session / Sesión:** _____

Head Start's screening is designed to assist staff in assessing if your child needs further evaluation in areas listed below. Please do not be alarmed if this quick look indicates the need for a more detailed evaluation. This form, completed by Head Start staff, is intended to inform the parent(s) of the screening results and seeks permission to refer your child for additional services, if needed. / El examen de Head Start está diseñado para ayudar al personal a valorar si su niño necesita evaluación adicional en la(s) área(s) de la lista abajo. Por favor no se alarme si esta vista rápida indica la necesidad para una evaluación más detallada. Esta forma completada por el personal de Head Start es con el intento de informar a los padres de los resultados de las pruebas y pedir el permiso de referir a su niño para servicios adicionales si es necesario.

- Your child has passed initial screenings. No further evaluation is recommended at this time. / Su niño a pasado las pruebas iniciales. No evaluación adicional es recomendada en este momento.**
- Preliminary screening indicates the need for further evaluation in the area(s) of: / La prueba preliminar indica que necesita evaluación adicional en la(s) área(s) de:**
 - Denver II / Denver II**
 - Hearing / Auditivo**
 - Vision / Visión**
 - Speech/Language / Hablar/Lenguaje**
 - DECA-Social / Emotional / Behavior / DECA-Social/Emocional/ Comportamiento**
- We are seeking your permission to consult with _____ concerning your child for additional services in the area(s) indicated above: / Estamos pidiendo su permiso para consultar con _____ para su hijo por el motivo de servicios adicionales en la(s) área(s) indicadas arriba.**
- We were unable to complete the screening process in the area of: / No fue posible completar las evaluaciones en el área de:** _____
 - Please make an appointment for your child with your primary care physician for a consult. / Por favor haga una cita para su hijo con su médico primario para una consulta.
 - Audiologist / Audiólogo**
 - Optometrist/ Ophthalmologist / Optometrista/ Oftalmólogo**
 - Family Physician / Medico Familiar**
 - Other / Otro:** _____
- We will monitor and/or re-screen as needed. / Nosotros seguiremos su progreso y/o evaluaremos de nuevo si lo vemos necesario.**

Please sign and return this form as acknowledgement of receipt and/or authorization to provide additional services to your child. / Por favor firme y regrese esta forma como reconocimiento de recibo y/o autorización para proveer servicios adicionales para su hijo.

If you have any questions or concerns, please contact either your child's teacher or your Family and Community Specialist. / Si usted tiene alguna pregunta o concierne, por favor póngase en contacto con el maestro de su niño o con su Especialista de Familia y Comunidad.

I understand that my child's record is subject to the Family Educational Rights Act (FERPA) and therefore, all personal information collected will be confidential. Entiendo que los records de mi niño están sometidos a la Ley Familiar de Derechos Educativos (FERPA) y por esto, toda información personal colectada es confidencial.

Parent Signature / Firma de Padre/Madre Date / Fecha Head Start Staff / Personal de Head Start

Family Address / Dirección de Familia: _____ Phone / Teléfono _____