



# Infant & Toddler Connection of Virginia

(Conexión del Estado de Virginia para Bebés)

PARA: Familia

Dirección

Ciudad, Estado, ZIP

REF: Nombre del Niño(a)

Número de Documento (ID)

## Confirmación del Cronograma para la Evaluación y Valoración Inicial ITCV-PS-2(O) 12/02(1)

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

Estimado(a) (Estimados): \_\_\_\_\_

Esta carta es para confirmar el cronograma de la evaluación y valoración para su hijo(a), el cual fue discutido con anterioridad con usted(es). La evaluación y valoración ha sido programada para:

Fecha	Hora	Lugar

Esta cita tendrá una duración aproximada de \_\_\_\_\_ (minutos u horas). La evaluación y valoración ha sido programada a conveniencia de su familia y, de ser necesario, puede ser reprogramada.

Tal como se hemos discutido, el objetivo de la evaluación y valoración es determinar si su hijo(a) es elegible para el programa Conexión de Virginia para Bebés y Niños de Primera Infancia (Infant & Toddler Connection of Virginia); así como también para determinar las fortalezas y necesidades de su hijo(a). Quisiera recordarle(s) que la evaluación y valoración no puede efectuarse sin su pleno conocimiento y que usted(es) haya(n) otorgado, por escrito, su consentimiento tal como se describe en Notificación sobre las Medidas de Seguridad para Niños y Familias en el Sistema de Intervención Temprana, Parte C de la Conexión de Virginia para Bebés y Niños de Primera Edad (Part C of Infant & Toddler Connection of Virginia), que le(s) fuera entregado previamente a usted(es), por su coordinador de servicios.

Trabajaremos en las siguientes áreas del desarrollo de su hijo(a): conocimiento, físico (incluyendo diagnóstico de motricidad gruesa y fina; evaluación de visión y audición), comunicación (recepción y expresión), socio-emocional y adaptación (autoayuda). Las siguientes personas estarán presentes o brindarán información durante la evaluación/valoración:

Nombres (Persona o Agencia Proveedora)

Profesión o Área de Especialidad

Si usted(es) quiere(n) invitar a alguna otra persona, siéntase(siéntanse) en total libertad de hacerlo. Queremos estar seguros que su hijo(a) haga su mejor esfuerzo y que usted(es) pueda(n) participar en la evaluación y valoración tanto como lo desee(n). Nadie conoce mejor a su hijo(a) que usted(es). Usted(es) puede(n) brindar información importante acerca de su hijo(a) en la evaluación y valoración. Si lo desea(n) puede(n) hacer una lista de las cosas que su hijo(a) hace en casa que se relacionen con su conversación, su forma de jugar con personas y juguetes, alimentación y movimiento. Siéntase(Siéntanse) libre(s) de compartir esta información con los miembros del equipo de evaluación y valoración.

Por favor comuníquese conmigo o con nosotros si tiene algunas preguntas acerca de la información o el cronograma.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nombre(s)/Cargo(s)

cc: Miembros del Equipo IFSP (listados anteriormente)

Atención: *Los padres deben recibir una copia de este formulario.*

DMH 888E 1049 R 12/02(1)

Enviado  Entregado en Mano