

Name of Child:

Birthday:

Date:



Section 1: Family Screening Results & Permission

As part of our commitment to supporting each child's growth and development, families are invited to complete developmental screenings using the ASQ-3 and ASQ:SE-2 tools.

Based on the results you shared:

() Your child's scores fall within the referral range, indicating that additional support maybe helpful at this time. We recommend considering a referral to Early Intervention Services to further explore your child's strengths and areas of development.

Areas of Development for Possible Support: (as indicated by your screening results)

() Your child's scores DO NOT CURRENTLY fall within the referral range. Your child's teacher will complete the screening tools to confirm these results in 45 days and we will let you know of any updates that apply.

Section 2: Family Permission () NOT Applicable

☐ Yes, I give permission for the program to submit an Early Intervention referral on behalf of my child.

☐ No, I do not wish to proceed with a referral at this time or it has been determined that no action is needed at this time

Parent/Guardian Name:

Signature:

Date:

Nombre del niño(a):

Cumpleaños:

Fecha:



Seccion 1: Resultados familiares

Como parte de nuestro compromiso para apoyar el crecimiento y desarrollo de cada niño, se invita a las familias a completar evaluaciones de desarrollo utilizando las herramientas ASQ-3 y ASQ:SE-2.

En base a los resultados que nos compartio:

() Los resultados de su hijo/a se encuentran dentro del rango de recomendacion, lo que indica que podría ser útil contar con apoyo adicional en este momento. Le recomendamos considerar una recomendacion a los Servicios de Intervención Temprana para explorar con mayor profundidad las fortalezas y áreas de desarrollo de su hijo/a.

Areas de Desarrollo que se recomienda intervencion: (segun lo indicado en las respuestas de su evaluacion)

() Los resultados de su hijo/a NO se encuentran actualmente dentro del rango de Intervencion Temprana. El/La maestro/a de su hijo/a completará las pruebas de evaluación para confirmar estos resultados en 45 dias y le daremos una actualizacion de la evaluacion..

Seccion 1: Permiso () NO Aplica

☐ Sí, doy permiso para que el programa envíe una solicitud de Intervención Temprana en nombre de mi hijo.

☐ No, no deseo proceder con la recomendación en este momento o se ha determinado que no es necesario tomar ninguna medida por ahora.

Nombre del padre/tutor:

Signature:

Date: