



YES FOR EARLY SUCCESS COOPERATIVE

Formulario de Consentimiento de Padres y Tutores para Exámenes de Salud Infantil

INTRODUCCIÓN Y PROPÓSITO

La Cooperativa YES for Early Success es una organización impulsada por la comunidad, dedicada a apoyar a los niños, las familias y los programas de aprendizaje temprano en todo el estado de Washington. De acuerdo con nuestra misión de asegurar un **acceso equitativo** a una educación inicial de alta calidad y con nuestra visión de una **red colaborativa de familias y programas empoderados**, damos prioridad a las alianzas que elevan las voces y las decisiones de las familias. Nuestro enfoque se basa en los principios de un **Diseño Liberador** – centrado en la equidad, la liberación colectiva, la autorreflexión y el cambio de las dinámicas de poder mediante la participación y el empoderamiento de las familias. Creemos que usted, como padre/madre o tutor, es el mayor conocedor de su hijo/a, y nos esforzamos por crear procesos que respeten su voz y su poder de decisión.

Este formulario de consentimiento está diseñado para informarle y solicitar su permiso para realizar **exámenes de salud rutinarios** (vista, audición, estatura y peso) a su hijo/a. Estos chequeos se llevan a cabo como parte de nuestro programa preescolar **ECEAP** (Early Childhood Education and Assistance Program) para apoyar la salud, el desarrollo y la preparación escolar de su hijo/a. Los exámenes se realizan **de acuerdo con los estándares del programa ECEAP del Departamento de Niños, Juventud y Familias (DCYF)** del estado, que requieren identificar temprano cualquier necesidad de salud. Vemos este proceso como un esfuerzo colaborativo con usted, la familia, para asegurar que su hijo/a prospere.

DESCRIPCIÓN DE LOS EXÁMENES

Los exámenes de salud que realizaremos (administrados por el director regional del programa u otro personal capacitado, de manera amable y adecuada para el niño) incluyen:

- **Examen de la Vista:** Usaremos métodos apropiados para su edad (por ejemplo, una cartilla con símbolos o imágenes) para verificar la visión de su hijo/a y detectar posibles problemas visuales.
- **Examen de Audición:** Realizaremos una prueba auditiva simple para asegurarnos de que su hijo/a puede oír sonidos a niveles típicos, identificando tempranamente cualquier dificultad auditiva.
- **Medición de Estatura y Peso:** Mediremos y registraremos la estatura y el peso de su hijo/a para monitorear su crecimiento y detectar cualquier posible preocupación, asegurando un desarrollo saludable.

Todos estos exámenes son no invasivos; se llevarán a cabo durante el horario del programa y procuraremos que su hijo/a se sienta cómodo/a durante los mismos. Si algún examen indica alguna posible preocupación, conversaremos con usted de inmediato sobre los resultados y, con su participación, planificaremos los próximos pasos apropiados (por ejemplo, referencias para una evaluación más detallada). Nuestro objetivo es trabajar juntos para apoyar el bienestar de su hijo/a.

USO DE LA INFORMACIÓN Y PRIVACIDAD (HIPAA)

Respetamos su privacidad y estamos comprometidos con la protección de la información de salud de su familia.



YES FOR EARLY SUCCESS COOPERATIVE

Parent/Guardian Consent Form for Child Health Screenings

Toda la información y los resultados de estos exámenes se mantendrán confidenciales y se utilizarán únicamente para apoyar la salud y el desarrollo de su hijo/a. En particular:

- **Uso Limitado:** La información recopilada de los exámenes se usará exclusivamente para monitorear la salud de su hijo/a, adaptar el apoyo educativo en el aula según sus necesidades y planificar cualquier ayuda o seguimiento necesario (por ejemplo, referirlo a servicios de salud si hiciera falta). Esto nos ayuda a asegurarnos de que su hijo/a tenga la mejor oportunidad de aprender y crecer.
- **Confidencialidad y Seguridad:** Todos los resultados y registros de los exámenes se mantendrán **confidenciales** y se guardarán de forma segura. Cumplimos con todas las leyes y regulaciones de privacidad aplicables, incluida la **ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud)**. Esto significa que tenemos medidas estrictas para proteger la información médica de su hijo/a.
- **Divulgación Controlada: No compartiremos la información de salud identificable de su hijo/a con nadie** fuera de nuestro programa sin su consentimiento expreso por escrito, excepto si la ley exige lo contrario o por requisitos de supervisión del programa ECEAP. Dentro de nuestro programa, solo el personal autorizado (como el maestro/a de su hijo/a, el director regional o un coordinador de salud) tendrá acceso a esta información, y únicamente cuando sea necesario. Si recomendamos una remisión a un especialista o servicio externo, primero lo consultaremos con usted y obtendremos su permiso antes de compartir cualquier información.

Le proporcionamos estas garantías de privacidad para que usted tenga la confianza de que la información de su hijo/a será manejada con el máximo cuidado y en cumplimiento de HIPAA y las políticas estatales de confidencialidad. Si tiene preguntas sobre cómo protegemos los datos, por favor no dude en consultarnos.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en estos exámenes de salud es **completamente voluntaria**. Usted tiene el derecho de otorgar o negar su consentimiento para los exámenes de su hijo/a:

- **Su Elección:** Es su decisión si desea o no autorizar estos exámenes. Si decide **no** dar su consentimiento, **no** afectará la inscripción de su hijo/a ni los servicios y apoyos que su familia recibe en nuestro programa. Respetamos que usted, como padre/madre o tutor, tome las decisiones primarias sobre el cuidado de su hijo/a.
- **Sin Presiones ni Consecuencias:** No habrá ninguna consecuencia negativa si usted decide rechazar algunos o todos los exámenes. Nosotros continuaremos trabajando con usted para apoyar a su hijo/a de otras maneras. Del mismo modo, usted puede consentir algunos exámenes y no otros, según su preferencia, y respetaremos su decisión.
- **Retiro del Consentimiento:** Si inicialmente usted da su consentimiento, conserva el derecho de **revocarlo en cualquier momento**. Si cambia de parecer más adelante, infórmenos por escrito y no procederemos con futuros exámenes. (Tenga en cuenta que si revoca el consentimiento, esto no afectará a los exámenes ya realizados, pero los resultados obtenidos hasta ese momento seguirán siendo confidenciales).
- **Empoderamiento Familiar:** Le animamos a plantear cualquier pregunta o inquietud y a participar activamente en este proceso. Nuestro compromiso con la equidad y la colaboración con las familias significa que queremos que usted se sienta **cómodo/a y empoderado/a** al tomar decisiones sobre la salud de su hijo/a. Si tiene alguna preocupación o necesita adaptaciones (por ejemplo, desea estar presente durante el examen, o requiere interpretación en otro idioma), haremos todo lo posible por atender sus solicitudes.



YES FOR EARLY SUCCESS COOPERATIVE

Parent/Guardian Consent Form for Child Health Screenings

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Por favor, indique su decisión a continuación y firme para **otorgar o denegar su consentimiento** para los exámenes de salud:

- **Sí, doy mi consentimiento** para que la Cooperativa YES for Early Success (a través de su director regional o personal capacitado) realice en mi hijo/a los exámenes de salud de vista, audición, estatura y peso descritos anteriormente.
- **No doy mi consentimiento** para que se le realicen a mi hijo/a los exámenes de salud descritos anteriormente.

Con mi firma, certifico que he leído y comprendido la información proporcionada en este formulario de consentimiento. Entiendo el propósito de los exámenes, cómo se utilizará la información recopilada y mis derechos en cuanto a privacidad y participación voluntaria. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

FIRMAS DE PADRE/TUTOR Y PERSONAL

Nombre del Niño/Niña: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor (en letra de molde): _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Personal (Director Regional): _____

Firma del Personal (Director Regional): _____ Fecha: _____