

## **Formulario de Autorización para Padres/Madres/Tutores Proyecto 100 Bebés desde el Nacimiento hasta la Alfabetización**

### **Introducción y Propósito**

No es fácil descubrir de que su hijo(a) ha sido diagnosticado como sordo(a) o con dificultad de audición, pero sabemos que los menores que reciben ayuda temprano en sus vidas estarán listos para aprender cuando entren a la escuela, pueden obtener mejores notas y llevar vidas exitosas y productivas. Para asegurarse de que todos los niños(as) de Georgia obtengan la atención que merecen, usted y su hijo(a) están invitados a formar parte del Proyecto 100 Bebés desde el Nacimiento hasta la Alfabetización.

Involucrándose en el proyecto 100 Bebés, usted y su hijo(a) ayudarán a los líderes en la salud de Georgia a crear un plan con un objetivo claro – que todos los menores del estado estén leyendo bien para el tercer grado. Es la edad cuando muchos niños empiezan a tener una etapa dura en la escuela si no leen el mismo nivel que otros niños de la misma edad. Involucrarse es fácil y solamente requiere su autorización para que los trabajadores de salud del estado puedan dar seguimiento mientras su hijo(a) desarrolle las destrezas del lenguaje y de lectura desde ahora hasta el tercer grado. Esta es una manera nueva para que usted ayude a formar el futuro de todos los menores de Georgia y el formulario adjunto describe qué esperar si su hijo(a) participa. Por favor léalo y haga preguntas antes de decidir si 100 Bebés es adecuado para su hijo(a).

100 Bebés es un programa piloto iniciado por Brenda Fitzgerald, M.D., la Comisionada del Departamento de Salud Pública de Georgia, su siglas en inglés (DPH) en colaboración con Georgia Pathway to Language and Literacy su nombre en inglés, y el Departamento de Educación de Georgia. Georgia Pathway es una coalición de profesionales, defensores y padres quienes sirven a los menores sordos(as) y con problemas de audición a través del estado de Georgia incluyendo a Children Healthcare of Atlanta, Pediatric Ear, Nose and Throat of Atlanta (Oído, Nariz y Garganta Pediátricos de Atlanta), Atlanta Speech School (Escuela del Habla de Atlanta), Auditory Verbal Center (Centro Auditivo Verbal de Atlanta), Georgia Parent Network for Educational Services (Red de Padres/Madres de Georgia para Servicios Educativos), Georgia State University (Universidad Estatal de Georgia) y Atlanta Area School for the Deaf (Escuela para Sordos del Área de Atlanta). El propósito de este proyecto es crear un Plan desde el Nacimiento hasta la Alfabetización a través del estado para asegurarse de que los menores diagnosticados con problemas de audición puedan leer tan bien como sus compañeros de clase para el tercer grado.

### **¿Qué le vamos a pedir que haga?**

Su autorización nos dará acceso a los registros médicos y académicos de su hijo(a), y nos permitirá compartir esos registros con los miembros involucrados con este programa en el Departamento de Educación y Georgia Pathway. Esos registros se utilizarán para dar seguimiento al desarrollo del lenguaje de su hijo(a) y comprender si la salud del menor juega un papel en la asistencia a la escuela y qué efecto tiene en la lectura y el desempeño escolar en general. Usted podría ser contactado de vez en cuando si hay preguntas de seguimiento sobre su hijo(a).

### **¿Qué le vamos a pedir a su hijo(a) que haga? ¿Por cuánto tiempo?**

Para poder crear un Plan desde el Nacimiento hasta la Alfabetización, los trabajadores de salud mirarán los resultados de exámenes de rutina para saber si su hijo(a) está cumpliendo con los hitos del desarrollo desde ahora hasta el tercer grado.

### **¿Cómo se beneficiará su hijo(a)?**



Ser parte de 100 Bebés significa que un equipo de personas invirtieron en el progreso de su hijo(a), están revisando que tan bien su hijo(a) está recibiendo el cuidado que el (la) necesita y si pueden tomar medidas para asegurarse que el (la) están en el blanco con el lenguaje y las habilidades de lectura. Y al trabajar con nosotros, tenemos que aprender de su experiencia para hacer mejorías para que las futuras generaciones de niños tenga un acceso mejor a servicios y estén listos a aprender cuando entren a la escuela.

**Costos asociados con la participación de su hijo(a)**

No le costará nada si su hijo(a) participa en este proyecto.

**Riesgos e incomodidades posibles**

Los riesgos para su menor son mínimos y no serán mayor que los riesgos asociados con las actividades diarias normales.

**Confidencialidad de los registros**

Durante este proyecto, DPH recogerá información académica y de salud sobre su hijo(a) de médicos y otros trabajadores de salud y del Departamento de Educación de Georgia. DPH compartirá una versión filtrada de esta información con Georgia Pathway con el propósito de dar seguimiento a las destrezas del lenguaje de su menor y hacer recomendaciones para un progreso continuo. La privacidad de su hijo(a) es muy importante para nosotros. El equipo del proyecto seguirá un reglamento estricto para mantener la información de su hijo(a) de manera confidencial. No divulgaremos el nombre de su hijo(a) o alguna información que lo identifique excepto si es requerido por la ley.

**¿A quién debo llamar si tengo preguntas?**

Si tiene preguntas sobre este proyecto, por favor comuníquese con Kelly A. Hermanns, Au.D. (Médico en Audiología), al 404-463-3476 o en [kelly.hermanns@dph.ga.gov](mailto:kelly.hermanns@dph.ga.gov).

**Participación voluntaria**

La participación en este proyecto es completamente voluntaria. Usted puede retirar a su hijo(a) en cualquier momento por cualquier motivo. Para retirarse de este proyecto por favor envíe un aviso escrito a Kelly A. Hermanns, Au.D., EHDI Program Coordinator, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree St. NW, 11th Floor, Atlanta, GA 30303.

**Autorización del padre/madre/tutor para el menor**

He leído (o se me ha leído) el contenido de este formulario de autorización y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas. Autorizo a que mi hijo(a) participe en el Proyecto *100 Bebés desde el Nacimiento hasta la Alfabetización*

\_\_\_\_\_ Nombre del Menor (Escriba con letra de molde)

\_\_\_\_\_ Nombre del padre/madre/tutor (Escriba con letra de molde)

\_\_\_\_\_ Firma del padre/madre/ tutor

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Nombre del testigo (Escriba con letra de molde)

\_\_\_\_\_ Firma del testigo