

**Consentimiento para Evaluación**

**Acceleración Escolar/o Investigación de salud y comportamiento**

Nombre: Fecha de nacimiento:

Escuela: Grado: Fecha:

 Como Padre/o Guardian del estudiante, requiero una evaluación para colectar información para (1) acceleración escolar, o (2) sintómas de salud y comportamiento (estado de ánimo, atención, destrezas sociales, etc). La evaluación no es para determinar alguna discapacidad definida por la ley Educativa de Individuos con Discapacidad (IDEA). A consecuencia de que hayan más preocupaciones, intereses o necesidades de conducir una evaluación todos los procedimientos de seguridad deberán de seguir los términos estipulados bajo la ley IDEA.

 Al firmar este documento está consintiendo a los procedimientos de la evaluación, y consiente a eliminar el periodo de espera de dos semanas (Utah Law, UCA 53A-13-302) para que la evaluación sicólogica para mi hijo (a) proceda lo antes posible. Toda la información que se coleccione es confidencial determinado bajo los derechos y privacidad educativa de la familia (FERPA).

**☐** Si es mi consentimiento para una evaluación (non idea) y eliminar el periodo de espera de dos semanas para que la evaluación sicólogica proceda lo antes posible.

 Firma Padre/Guardian Relación con el estudiante

 Fecha