



**CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS COGNITIVAS y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo doy mi permiso para que (nombre del niño/a) \_\_\_\_\_, nacido/a (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_, para tener una línea de base Impact® (inmediata post-concusión Evaluación y Pruebas Cognitivas) la cual es una prueba administrada en Novato High School secundaria. Entiendo que mi hijo tenga que ser evaluado más de una vez, dependiendo de los resultados de la prueba. Entiendo que no hay cargo por la prueba, es totalmente gratis.

Novato High School puede divulgar los resultados de las pruebas de impacto con el médico de mi hijo, neurólogo, especialista, entrenadores atléticos certificados, o cualquier profesional de salud autorizado por mí como se indica a continuación.

Entiendo que la información general acerca de los datos de prueba puede ser proporcionada al consejero/a y profesores/as de mi hijo, con el fin de brindar modificaciones académicas temporales, si es necesario.

Firma de Padre, Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor escriba la siguiente información:**

Doctor/Medico \_\_\_\_\_

Lugar donde pertenece el Medico \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección (número y calle, ciudad/estado/código postal) \_\_\_\_\_

**Números de Contacto del Padre, Madre/Guardián:**

Casa \_\_\_\_\_

Número que prefiere: Casa Trabajo Celular

Trabajo \_\_\_\_\_

Mejor Horario (en caso que sea necesario): \_\_\_\_\_ am/pm

Celular \_\_\_\_\_