

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE ELK GROVE  
PreK-6 Education

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nosotros deseamos que su niño tenga la mejor oportunidad para un crecimiento y desarrollo positivo durante su estancia con nosotros en el Programa Preescolar de Head Start. Los niños saludables aprenden mejor. El Programa de Head Start tiene requisitos de salud y proporciona exámenes de salud en la escuela para ayudar a identificar algún problema de salud o dental que pueda necesitar la atención de educación y/o tratamiento. Nosotros le animamos para que participe activamente en el cuidado de salud de su hijo.

En la Escuela se le realizarán evaluaciones a su hijo/a **de la visión, audición, altura/peso, presión sanguínea, evaluación dental, evaluación del habla/lenguaje y del desarrollo. Estas evaluaciones o exámenes son requeridos.** Los resultados de los exámenes o evaluaciones serán compartidos con usted.

Nosotros queremos que ustedes entiendan que los requisitos médicos, dentales, y cualquier otro examen de salud ayudará a determinar si el alumno necesita que se le recomiende que vaya al doctor, dentista, u otro especialista de salud para atender las preocupaciones de salud o necesidades de aprendizaje. Esta información también nos ayudará a proporcionar un programa de educación de acuerdo a las necesidades de su hijo/a. Toda esta información será confidencial.

Por favor marque una de las siguientes casillas y firme en la parte de abajo.

Estoy enterado/a de los servicios de salud y de los exámenes requeridos del programa Preescolar Head Start.

- Si, Yo estoy de acuerdo** que mi hijo/a participe en cualquier evaluación o examen de salud que se proporcione en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián      Fecha      Firma del Personal      Fecha

- No, Yo no deseo** que mi hijo/a participe en cualquier evaluación o examen de salud que se proporcione en la escuela y voy a hacer que el doctor de mi hijo/a haga los exámenes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián      Fecha      Firma del Personal      Fecha

Iniciales del Padre/Guardián (2<sup>do</sup> Año) \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_