

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE POLK

Formulario de Exclusión Voluntaria del Examen de Salud

Estimado Padre o Encargado:

Este año el distrito escolar llevará a cabo las siguientes pruebas médicas a estudiantes en los siguientes grados:

Visión - Pre-K, Kínder, 1^{ro}, 3^{ro}, 6^{to}, y verano

Audición – Pre-K, Kínder, 1^{ro}, 6^{to}

Crecimiento y desarrollo/índice de masa corporal – Pre-K, 1^{ro}, 3^{ro}, 6^{to}

Escoliosis – 6^{to} solamente

Presión sanguínea – Head Start Pre-K solamente

En adición, pruebas individuales de visión y/o audición podrán ser administradas a estudiantes de cualquier grado para descartar problemas de visión y/o audición.

Si su niño/a es examinado y los resultados no son “normales” para el tipo de prueba, usted será notificado por escrito. Si usted recibe una notificación escrita, es recomendable que lleve a su niño/a a un especialista para evaluación.

Su niño/a será examinado a menos que usted notifique por escrito, firmando al final de esta hoja, que no desea que su niño/a participe.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de llamar a Servicios de Salud al 863-291-5355.

SÓLO FIRME A CONTINUACIÓN Y DEVUELVA SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA EXAMINADO.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Escuela _____ Grado _____

NO DESEO QUE MI HIJO/A PARTICIPE EN LAS SIGUIENTES PRUEBAS: (Marque las que aplique)

VISIÓN _____ CRECIMIENTO Y DESARROLLO/BMI _____

AUDICIÓN _____ ESCOLIOSIS _____ PRESIÓN SANGUÍNEA (Pre-K) _____

Firma del Padre o Encargado

Fecha