

**LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE POLK**  
**Formulario de Exclusión Voluntaria del Examen de Salud**



Estimado Padre o Encargado:

El Estatuto de Florida 381.0056, el Código Administrativo de Florida 64F-6.003 y los estándares de desempeño de Head Start requieren exámenes de visión, audición, crecimiento y desarrollo, escoliosis para los estudiantes en los siguientes niveles de grado:

Visión - Pre-K, Kínder, 1<sup>ro</sup>, 3<sup>ro</sup>, 6<sup>to</sup>

Audición – Pre-K, Kínder, 1<sup>ro</sup>, 6<sup>to</sup>

Crecimiento y desarrollo/índice de masa corporal (BMI) – Pre-K, 1<sup>ro</sup>, 3<sup>ro</sup>, 6<sup>to</sup>

Escoliosis – 6<sup>to</sup> solamente

Presión sanguínea – Head Start Pre-K solamente

Si su hijo/a no pasa alguno de los exámenes mencionados anteriormente, se le notificará por carta. Si usted recibe una de estas cartas, se recomienda que lleve a su hijo a un médico o proveedor de atención médica para una 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, favor de llamar a Servicios de Salud al 863-291-5355 Ext. 1

\*\*\*\*\*

**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 \_\_\_\_\_ AUDICIÓN \_\_\_\_\_ ESCOLIOSIS \_\_\_\_\_

CRECIMIENTO Y DESARROLLO/BMI \_\_\_\_\_ PRESIÓN SANGUÍNEA (Pre-K) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha