Health Screenings Consent

Dear Parent,

Your child may be eligible to receive hearing, vision, blood pressure, measurements and developmental screenings through San Diego Unified School District and/or collaborative partners. There is no cost for these services and you will be notified of the results. These screenings and assessments will be done by trained staff at your child's school. If there is a need for further evaluation, you will need to sign an additional permission slip. Your participation may also be required.

Please indicate whether you would like your child to receive the following screenings/assessments by initialing and dating the boxes.

#	HEALTH FUNCTION	INITIALS
1	I want my child to have a **VISION** screening. Vision screenings will be conducted by SDUSD and/or collaborative partners. If your child needs glasses, the glasses will be provided to your child free of charge.	Yes_____ No _____
2	I want my child to have a **HEARING** screening. Hearing screenings will be provided by SDUSD and/or collaborative partners. This screening will tell you if your child has a hearing problem. A hearing problem can affect your child's ability to learn and be successful in school.	Yes_____ No_____
3	I grant staff permission to perform the following health screenings on my child: **BLOOD PRESSURE, HEIGHT AND WEIGHT.** These screenings will prompt follow-up treatment for abnormal findings. Follow-up treatment is given as part of the school program.	Yes_____ No_____
4	I want my child to have a **DESIRED RESULTS DEVELOPMENTAL PROFILE (DRDP) ASSESSMENT, ASQ-3 DEVELOPMENTAL SCREENING as well as an ASQ-SE MENTAL HEALTH SCREENING.** Developmental assessments and mental health screenings will be conducted by SDUSD and/or collaborative partners. These screenings/assessments will evaluate your child's development in speech and communication, fine motor skills, gross motor skills, social and emotional skills, and problem solving skills. These findings may help personnel provide additional support for your child.	Yes_____ No_____
5	I want my child to participate in the fluoride program **(daily brushing with fluoride toothpaste).** Regular tooth brushing helps to prevent cavities and gum disease. Good dental health contributes to positive attitudes and success in school.	Yes_____ No_____

I have read and understand the above information.

Child's Name (print)_____ Room number: _____

Parent's Signature _____ Date: _____

Parent's Name (print) _____ Phone: (home) _____

(cell)_____

04/20/2012

Consentimiento para Evaluaciones de Salud

Estimado Madre/Padre,

Su hijo/a podría ser elegible para un examen de detención temprana o para una evaluación de audición, visión, presión, arterial, peso, estatura y evaluaciones o exámenes de desarrollo los cuales se le aplicaran en todo el Distrito Escolar de San Diego (SDUSD) y/o con la colaboración de asociados del Distrito. No tendrán ningún costo estos servicios y se le notificará a usted de los resultados. Estos exámenes y evaluaciones se harán por personal calificado en la escuela donde su hijo/a este asistiendo. Si hubiera necesidad de evaluaciones posteriores, necesitará firmar una hoja de consentimiento adicional. Su participación podría ser requerida.

Por favor indique en los recuadros de abajo con sus iniciales los exámenes o evaluaciones que le gustaría que su hijo/a recibiera:

#	FUNCIONES DE LA SALUD	INICIALES
1	Quiero que a mi hijo/a reciba un examen de **VISTA**. Los exámenes de la Vista los llevará a cabo el SDUSD y/o con la colaboración de asociados de Distrito. Si su hijo/a necesita anteojos, se le entregarán sin costo alguno a su hijo/a.	**Si** ____ **No** ____
2	Quiero que a mi hijo/a reciba un examen de los **OIDOS**. Los exámenes de los oídos los llevará a cabo el SDUSD y/o con la colaboración de asociados de Distrito. Este examen le indicará a usted si su hijo/a tiene problemas auditivos. Los problemas auditivos pueden afectar la capacidad de aprendizaje y tener éxito en la escuela.	**Si** ____ **No** ____
3	Le otorgo permiso al personal de SDUSD para que lleven a cabo un examen de detención temprana sobre la **PRESIÓN ARTERIAL, ESTATURA Y PESO de mi jijo/a**. Si se encuentran anormalidades en los resultados de estos exámenes, se proseguirá con un tratamiento de salud. Los tratamientos de salud son otorgados como parte del programa escolar.	**Si** ____ **No** ____
4	Quiero que a mi hijo/a le hagan un examen de detención temprana o una evaluación del **DESARROLLO PSICOMOTOR, DE LENGUAGE (ASQ-3 Y DRDP) Y DE SALUD MENTAL (ASQ-SE)**. Los exámenes y/o evaluaciones serán conducidos por el personal de SDUSD y/o con la colaboración de asociados de Distrito. Estos exámenes evaluarán el desarrollo de su hijo/a en el lenguaje y la comunicación, destrezas motrices, destrezas sociales y emocionales y destrezas para resolver problemas. Los resultados pueden auxiliar al personal escolar para brindarle un apoyo adicional a su hijo/a.	**Si** ____ **No** ____
5	Quiero que mi hijo/a participe en el programa de fluoruro dental. (Cepillarse los dientes diario y con una pasta de dientes que contenga fluoruro.) El cepillado regular de dientes ayuda a prevenir las caries dentales y enfermedades de las encías. La salud dental adecuada contribuye a tener actitudes positivas y éxito en la escuela.	**Si** ____ **No** ____

He leído y estoy enterado/a de la información anterior.

Nombre del/a Niño/a (letra imprenta) _____ Salón: _____

Firma del/a Madre/Padre _____ Fecha: _____

Nombre del/a Madre/Padre (letra imprenta) _____ Tel: (casa) _____

(cell) _____

04/20/2012