



Office use only: H-R _____ L _____ P.T. _____
V _____
Date of screening: _____

## Formulario de Consentimiento Examen de Visión y Audición

**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_  
*(Escriba el nombre legal)*

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Centro de cuidado infantil:** \_\_\_\_\_

El Departamento de Salud de Florida y la Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk se han unido para proporcionar exámenes de la vista y la audición para niños de 6 meses a 5 años de edad. (Se puede intentar evaluar a los niños de 6 meses a 1 año de edad, ya que es posible que no cooperen debido a su corta edad.) Estas evaluaciones se realizarán en su Centro de Cuidado Infantil sin costo alguno para usted.

Se requiere el permiso de los padres para evaluar a su hijo. Por favor, rellene este formulario.

**Ciertas afecciones médicas que su hijo puede tener le impedirán hacerse las pruebas de detección. Si su hijo tiene antecedentes de convulsiones, no podemos evaluar su visión. Si su hijo tiene un marcapasos o una válvula vp, no podemos evaluar su audición. Anotar a continuación si su hijo tiene uno de los problemas médicos mencionados.**

**Nota médica:** \_\_\_\_\_

**Sí** \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe de los exámenes de visión y audición.  
 \_\_\_\_\_ My hijo tiene gafas. \_\_\_\_\_ Gafas se pierden o se rompen. \_\_\_\_\_ My hijo tiene tubos en los oídos  
 (Si su hijo tiene anteojos, asegúrese de que los traiga el día de la evaluación).

**No** \_\_\_\_\_ No quiero que mi hijo(a) participe del los exámenes de visión y audición.

**Padre o Guardián:(Letra de molde)** \_\_\_\_\_

**Padre o Guardián (Firma)** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva este formulario a la guardería o al centro de cuidado infantil.**  
 Para más información llame: Florida Departamento de Salud – Polk: 863-393-5074 or 863-701-4168.