



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.