



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: _____

Nombre la guardería o centro de cuidado infantil: _____

El Departamento de Salud de la Florida y la Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk (Early Learning Coalition), han unido esfuerzos para proveer exámenes de visión y audición a niños de 0 a 5 años de edad. Principalmente, los niños de 2 a 5 años serán evaluados, y los niños de 6 meses a 2 años de edad también pueden ser evaluados si el tiempo lo permite, o si se solicita un examen de detección. Estos exámenes serán hechos **gratis** en la guardería o centro de cuidado infantil que atiende su hijo(a). **Usted recibirá una carta informándole de los resultados de los exámenes de su hijo(a).**

Necesitamos su consentimiento para hacerle estos exámenes a su hijo(a). Por favor complete este formulario.

Sí _____ Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe de los exámenes de visión y audición.

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 Cuidad 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.