

**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, 1ro, 3ro, 6to

Audición – Pre-K, Kínder, 1ro, 6to

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

Escoliosis – 6to 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 carta, 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 863-456-4484.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**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