



**CHARLOTTE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
EARLY CHILDHOOD PROGRAMS
Early Head Start / Head Start
(Apendice 21)**

Estimado Padre/Guardián:

El Comité Consultivo de Salud recomienda que los siguientes servicios de salud sean proporcionados a cada niño. Estos exámenes serán usados para establecer cualquier servicio adicional de educación, salud o especial que necesitas. Serás notificado de los resultados que necesitan evaluación adicional o tratamiento.

- | | |
|---------------------------|--|
| Evaluación de Crecimiento | Examen de la Vista |
| Examen de Oído | Examen Dental |
| Examen de Habla | Evaluación de Desarrollo |
| Evaluación de Plomo | Determinación de Hemoglobina / Hematocrito |

¿Su niño ha ido al dentista? _____

Si "Si", ¿Cuándo? _____

Nombre del Dentista: _____

¿Tienes Seguro Dental? _____

Firme por favor la forma abajo del consentimiento, indicando que comprendes la póliza de Notificación/Consentimiento /Publicación y das permiso al siguiente. Indica por favor su permiso con sus **iniciales** en cada área que estas aprobando.

CONSENTIMIENTO:

- WIC (Mujeres, Infantes, Niños) _____
- Exámenes de Salud/Evaluaciones _____
- Examen Dental _____
- Evaluación de Desarrollo _____
- Fotografía para Administración de Medicina _____
- Transportar el niño en una emergencia/al Dentista _____

PUBLICACION:

- Calculo de Hemoglobina _____
- Registros de Salud/Nutricional _____
- Registros Educativos _____
- Planes de Apoyar Familias _____
- Planes para Servicios a Familias Individual _____
- Otro _____

Comprendo la póliza mencionada arriba y doy mi permiso/consentimiento a todas las áreas donde hay mis iniciales. Comprendo que este acuerdo es valido durante la matriculación de mi niño en el Early Childhood Programs.

Nombre del Nino: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

Distribution: Family Service Worker Parent Community Health Advocate