

Apéndice D: Formulario de permiso y revisión de exámenes de salud

El programa Alabama First Class Pre-K está comprometido a asegurarse de que los niños de pre-K estén saludables. Para hacerlo, nuestros salones de clase ofrecen exámenes de salud en el lugar sin costo. Por favor, marque los exámenes que acepta permitir que el personal médico (como enfermeros) y/o profesionales capacitados le realicen a su hijo. También puede optar por excluir a su hijo de algunos o de todos los exámenes si no desea que su hijo participe.

Estoy de acuerdo en que mi hijo pueda participar en los siguientes exámenes:

___ Visión

___ Dental

___ Audición

___ Examen físico

___ Todo lo anterior

___ A mi hijo le han realizado uno o más de los exámenes anteriores en el último año y se adjunta una copia del examen o de los exámenes.

___ **No** quiero que mi hijo participe en ningún examen de salud ofrecido a través del programa Alabama First Class Pre-K.

Nombre del estudiante

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Firma del maestro

Fecha

SE DEBE COMPLETAR DESPUÉS DE QUE EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL HAYA REVISADO LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES

Se me ha dado la oportunidad de revisar los resultados de los exámenes de salud que recibió mi hijo.

¡EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL NO DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN HASTA QUE SE HAYAN REVISADO LOS RESULTADOS!

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha