



**HEAD START - TRABAJADORES MIGRATORIOS Y DE TEMPORADA
CONSENTIMIENTO DE PADRES / TUTOR PARA EVALUACIONES Y EXÁMENES**

Yo entiendo que mi niño(a), _____

(Nombre del Niño)

necesita algunos o todos los siguientes servicios del

(Nombre del Centro)

y / o los proveedores de servicio contratados por el centro.

Salud:

- * Exámenes Físicos / Médicos
- * Evaluación de Audición y Vista
- * Prueba de Tuberculosis de Piel
- * Revisión de registros de Vacunas

Crecimiento y Nutrición:

- * Estatura y Peso
- * Hemoglobina / Hematocrito
- * Evaluaciones de Especialista en Nutrición

Dental:

- * Evaluación / Examen
- * Limpieza y Fluoruro

Otro:

- * Pruebas para la Detección de Plomo
- * Pruebas para Detección de Parasitos

Yo doy mi consentimiento para todos los servicios indicados arriba.

Yo doy mi consentimiento para los servicios indicados arriba, excepto

Yo no doy mi consentimiento para ninguno de los servicios indicados arriba.

Mi consentimiento para estos servicios se vence el _____.

Yo también certifico que he recibido una copia de la Descripción de Evaluaciones / Exámenes.

(Firma de Padres o Tutor)

(Fecha)

Y expliqué el propósito de este consentimiento a _____

(Firma de Padres o Tutor)

y le entregué una copia de la Descripción de las Evaluaciones / Exámenes antes de que se firmara este consentimiento.

(Firma del Representante de Head Start)

(Fecha)

Complete este formulario tan pronto como sea posible, después de que el niño sea aceptado en el programa (pero que no más de 1 semana). No se puede ofrecer ningún servicio sin la firma de los padres o tutor.