

**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 necesites. 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: