



Sign and Return

KidCheckPlus™

Forma de Consentimiento del Padre

Estimado Padre:

Nosotros somos una organización sin fines de lucro en Alabama, que estamos gustosos de ofrecerle **una revisión de salud a los niños** de las escuelas de Alabama. KidCheck Plus en conjunto con su sistema escolar se une a programas de escuelas locales de 2 a cuatro años de enfermería para proveer la feria de salud sin ningun costo. Las pruebas de salud serán administradas por estudiantes de enfermería, supervisados por la facultad, y las pruebas no son un diagnostico. Una carta con el reporte, indicando los resultados de la revisión, se enviará a su casa después del exámen.

- **SALUD EN GENERAL:** *Dependerá de la enfermera de su escuela determinar las estaciones de las revisiones, su niño/a puede ser examinado en las siguientes áreas: altura & peso, temperatura; presión arterial; sonidos del corazón y pulmones; pulsaciones respiratorias y del corazón; visión; dental; audio; piel & músculoesqueletal; pecho y abdomen; y una inspección de los ojos, oídos, nariz y garganta.*
- **VISION:** *Los padres de niños/as, que no pasen la revisión de vista, en la escuela, serán contactados por Sight Savers America para un seguimiento de servicios para la vista.*

La información individual de su niño/a es confidencial y nunca será publicada. Sight Savers America sigue las regulaciones de privacidad de HIPAA.

La salud de su niño/a es importante para nosotros, y esperamos que usted pueda aprovechar de esta oportunidad para que su niño/a participe. Si ud. Tiene alguna pregunta, por favor llame a la enfermera de su escuela o a Laurie Carey, Jefe del Programa KidCheck Plus, al 205-942-2627, Ext. 206.

Para dar consentimiento para que su niño/a participe en KidCheck Plus, por favor firme y complete TODA la información y regresela a la escuela de su niño/a mañana.

Primer nombre de niño/a _____ Apellido del niño/a _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Nombre de la Escuela del niño/a _____

Grado _____ Genero _____ Profesora _____

Raza del niño/a: (Por favor circule uno de los siguientes)

Indio Americano/Nativo de Alaska Asiatico Negro/Afro Americano Nativo Hawiano Hispano/Latino Blanco

Seguro de Salud de su niño/a (por favor marque el seguro apropiado. La informacion sera usada con el proposito de revision solamente)

___ Mcaid ___ All Kids ___ Seguro Privado ___ No Seguro

Por favor haga una lista de alérgias o condiciones médicas diagnosticadas _____

Nombre del padre o madre _____ Firma del padre o madre _____ Fecha _____

Teléfono de casa () _____ Otro número de teléfono() _____

Dirección de Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____