

## Health Services

4309 Bishop Lane  
Louisville, Kentucky 40218  
502-485-3387  
Fax: 502-485-3670



### **\*SÓLO FIRME SI NO QUIERE QUE SE EXAMINE A SU HIJO\***

#### **Aviso de no consentimiento para exámenes para la vista, audición, dental y examen físico GRATIS**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame y hable con el personal en el Departamento de Servicios de Salud al: 485-3387.

**Si su hijo tiene audífonos, otros dispositivos para la audición, o impedimento visual y está bajo atención médica y usted cree que no es necesario que le examinen, por favor firme el formulario y envíelo a la escuela.**

#### **Programa de evaluación de la vista:**

Por favor tenga en cuenta que el programa de detección realizado por los Servicios de Salud no reemplaza el examen de la vista que requiere la ley. Debe ser completado por un optometrista u oftalmólogo el primer año en que un niño de tres (3), 4(cuatro), cinco (5) o seis (6) años esté inscrito en una escuela pública o preescolar público.

Estudiantes elegibles: Basado en las necesidades de la escuela y los requisitos del programa

Primera evaluación: Personal capacitado y voluntarios examinarán a los estudiantes usando una tabla de ojos

Segunda evaluación: Las enfermeras (LPN y RN) de Evaluación de la Salud de JCPS volverán a evaluar a los estudiantes que no pasen la primera evaluación como así también aquellos que no pudieron ser evaluados por alguna razón

Avisos de derivación: Los Servicios de la Salud de JCPS notificará a los padres/tutores por correo si se recomienda una evaluación adicional.

#### **Programa de evaluación auditiva:**

Estudiantes elegibles: Basado en las necesidades de la escuela y los requisitos del programa

Conducido por: Las enfermeras (LPN y RN) de Evaluación de la Salud de JCPS y Clínicos del Habla

Avisos de derivación: Los Servicios de la Salud de JCPS notificará a los padres/tutores por correo si se recomienda una evaluación adicional

#### **Programa de evaluación dental:**

Estudiantes elegibles: Basado en las necesidades de la escuela y los requisitos del programa

Conducido por: APRNs, enfermeras de evaluación de salud, enfermeras escolares, RN o estudiantes de enfermería junto con un RN o APRN

Avisos de derivación: Los Servicios de la Salud de JCPS notificará a los padres/tutores por correo si se recomienda una evaluación adicional

#### **Examen físico:**

Estudiantes elegibles: Basado en las necesidades de la escuela y los requisitos del programa

Conducido por: PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (APRN) - SOLAMENTE

Avisos de derivación: Los Servicios de la Salud de JCPS notificará a los padres/tutores por correo si se recomienda una evaluación adicional

No, **NO** quiero que mi hijo participe. Entiendo que, al firmar este formulario, mi hijo **no** tendrá una evaluación de la vista, de la audición o dental o un examen físico hecho en la escuela.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Firma padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

#### **Devuelva a FRC**

Aviso a la escuela: Por favor escanee este formulario en sus documentos de salud **después** de la última evaluación por los Servicios de Salud. Etiquételos: No-Consentimiento