



Estimado padre/madre o representante legal:

El Departamento de Salud Pública del Condado de Marion proporciona servicios obligatorios de evaluación de la audición a todos los estudiantes de primer, cuarto, séptimo y décimo grados. También evaluamos a los nuevos estudiantes que han sido transferidos al Condado de Marion desde otros Condados, o desde fuera del estado y a cualquier estudiante del que se sospeche tenga problemas de la audición.

Si su hijo(a) usa una prótesis auditiva, esperamos que se realice la evaluación con su prótesis auditiva. Es importante para nosotros que su hijo(a) apruebe la evaluación en vez de reprobarla por no llevar consigo dicha prótesis. Si el estudiante al cual representa tiene un padecimiento preexistente y está recibiendo la atención de un médico le agradecemos que nos lo informe.

Usted, como el padre/madre o representante legal tiene el derecho de renunciar a este servicio para su hijo(a). Si usted no desea que el Departamento de Salud Pública del Condado de Marion lleve a cabo una evaluación de la audición de su hijo(a), le agradecemos que rellene la mitad inferior de esta carta y la devuelva a la escuela. Se hará una copia de esta carta y se conservará en el archivo de la escuela, así como en el archivo del personal de evaluación del Departamento de Salud Pública del Condado de Marion (MCPHD).

Gracias,

Departamento de Salud Pública del Condado de Marion

Yo, _____, no deseo que mi hijo(a)
_____ reciba servicios de evaluación de la audición. El estudiante al cual
represento está en _____ grado. Su maestro(a) es _____.

Gracias por su atención,

Firma del padre/madre o representante legal

Fecha