

Junta de Educación del Condado de Oldham
Departamento de Personal del Alumno – Servicios de Salud Escolar
Programa de examen de audición y visión
Formulario de respuesta de consentimiento de los padres/tutores
GRADO K hasta 5

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

Equipo/Grado _____ Escuela _____

***Padre/Tutor: Por favor responda SI o NO y devuelva el formulario a la escuela de inmediato.**

Audición

Programa de Examen de Audición Escolar

Estudiantes elegibles: Todos los estudiantes en los grados 1, 3 y 5. Referencias de maestros en los grados K, 2 y 4.

Equipo utilizado: Audiómetro

Realizado por: Primera evaluación completada por voluntarios capacitados. Los estudiantes que no pasen la primera evaluación se les volverá a examinar por una Enfermera Escolar Registrada.

Avisos de referencia: Los padres/ tutores serán notificados por escrito si se recomienda una evaluación adicional.

Visión

Examen ocular de Kentucky (KRS 156.160.8) Prueba de un examen de la visión por un optometrista o oftalmólogo completado en *Kentucky Eye Examination Form for School Entry*. Estas pruebas se presentarán a la escuela a más tardar el 1 de enero del primer año que un niño de tres (3), cuatro (4), cinco (5) o seis (6) años de edad está inscrito en la escuela pública, preescolar público o programa Head Start. La escuela conservará el formulario original.

Programa de Examen de la Visión Escolar

Estudiantes elegibles: Todos los estudiantes en los grados 1, 3 y 5. Referencias de maestros en los grados K, 2 y 4.

Equipo utilizado: Gráfico Snellen "E" y prueba de punto aleatorio "E" para K, 1 y 3er grado. Titmus Vision máquina de examen para 5º grado.

Realizado por: Enfermera Escolar Registrada

Aviso de referencia: Padre/tutor será notificado por escrito si se recomienda una evaluación adicional.

Mi estudiante puede participar en la evaluación auditiva. SI _____ NO _____

Mi estudiante puede participar en la evaluación visual. SI _____ NO _____

Entiendo que se utilizan voluntarios de la comunidad para la evaluación de la salud de los estudiantes y doy mi consentimiento para la divulgación de información de identificación personal del estudiante únicamente con el propósito de completar las evaluaciones anteriores para las cuales he otorgado permiso. Si no doy mi consentimiento para la divulgación de la información de identificación personal de mi estudiante, notificaré a "School Health Services" por escrito y las evaluaciones de mi estudiante serán realizadas por un empleado de la Junta de Educación del Condado de Oldham

Firma del padre/tutor: _____