



COACHELLA VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CHILDREN AND FAMILY SERVICES

Screenings/Treatments Consent

Delegate Agency: _____ Site: _____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Welcome to Preschool:

To ensure all enrolled children are ready to learn in Head Start/Preschool, the program requires all children receive the following health and developmental screenings. The results will be shared with you. If follow-up is needed, you are responsible for ensuring that treatment is completed. The program requires written documentation by the provider upon the completion of treatment.

Screenings/Treatments

- Dental screening (teeth)
- Auditory screening (hearing)
- Vision screening (eyes)
- Height/Weight and measurements
- Developmental screening (learning)

Signature of Parent/Guardian/Caregiver

Date

If you chose to not have a screening done, please provide documentation that it has been done.

Signature of Parent/Guardian/Caregiver

Date

Fluoride Consent

Under a dentist's supervision, participants will receive a fluoride varnish treatment that will provide a protective coating to prevent tooth decay. There are no known adverse effects associated with the fluoride varnish procedure.

- I want my child to receive in one time fluoride varnish application.
- I do not want my child receive fluoride varnish application.

Signature of Parent/Guardian/Caregiver

Date



COACHELLA VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CHILDREN AND FAMILY SERVICES

Consentimiento para evaluación y tratamiento

Delegación: _____ Plantel: _____

Nombre del niño: _____ Fec. Nac.: _____

Bienvenido a Preescolar:

Para asegurar que todos los niños matriculados estén listos para aprender en el Preescolar, el programa exige que a todos los niños se les hagan las siguientes evaluaciones de salud y desarrollo. Los resultados se compartirán con usted. Si es necesario darles seguimiento, usted será responsable de asegurar que se termine el tratamiento. El programa exige documentación por escrito del proveedor una vez terminado el tratamiento.

Evaluaciones y tratamientos:

- Evaluación dental (dientes)
- Evaluación auditiva (oídos)
- Evaluación de la vista (ojos)
- Peso y estatura
- Evaluación del desarrollo (aprendizaje)

Firma del Padre/Tutor/Proveedor de Cuidado

Fecha

Si no desea que se haga la evaluación, por favor entregue la documentación de que se ha hecho.

Firma del Padre/Tutor/Proveedor de Cuidado

Fecha

Consentimiento para la aplicación de fluoruro

Con la supervisión de un dentista, a los participantes se les aplicará un barniz de fluoruro que servirá de capa protectora para prevenir la caries. No se sabe de reacciones adversas asociadas con el procedimiento de aplicación del barniz de fluoruro.

- Yo deseo que a mi niño se le aplique barniz de fluoruro una sola vez.
- Yo no deseo que a mi niño se le aplique barniz de fluoruro.

Firma del Padre/Tutor/Proveedor de Cuidado

Fecha