

Consentimiento para examen de la primera infancia

Nombre del/de la niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____
(For office use only)

MARSS other ID: _____ Parent/Guardian Name(s): _____

El examen de desarrollo de la primera infancia ayuda al distrito escolar a identificar los niños que podrían beneficiarse de los recursos del distrito y de la comunidad disponibles para colaborar en su desarrollo. Incluye un examen de la vista que ayuda a detectar posibles problemas de la vista, aunque no sustituye a un examen de la vista integral. Este examen no reemplaza el cuidado continuo de su proveedor de atención médica o dentista. Los datos recogidos del examen son confidenciales, por lo que solo podrán compartirse con quienes figuren en la revelación de información, con el personal del distrito escolar —cuando sea necesario por motivos educativos—, por orden judicial o con otras personas —según lo exigido por la ley—, incluido el auditor estatal o legislativo.

A. Este examen incluye:

- Revisión del registro de vacunación de su hijo(a)
- Control del crecimiento de su hijo(a), como la altura y el peso
- Control de posibles problemas de audición
- Control de la salud de la vista, incluido qué tan bien puede ver su hijo(a)
- Revisión de los factores que podrían interferir en la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo(a)
- Control del desarrollo de su hijo(a)
- El informe sobre el crecimiento y el aprendizaje de su hijo(a), incluido el estado emocional y la conducta
- Información sobre la atención médica y el seguro médico de su hijo(a)
- Información sobre los recursos y programas comunitarios basados en las necesidades de su hijo(a) o de su familia

B. Si este examen es de los programas Exámenes médicos para niños y adolescentes (Child and Teen Checkup), Head Start u otro examen equivalente, también puede incluir:

- Control de la salud actual y previa de su hijo(a), y la salud de otros familiares
- Control de la presión de su hijo(a)
- Examen físico completo
- Control de los dientes, las encías y la boca de su hijo(a)
- Control del riesgo de tuberculosis
- Análisis de sangre para detectar anemia
- Análisis de sangre para detectar plomo
- Otros

Derechos, obligaciones y garantías del niño y los padres

1. Los estándares del examen son los mismos para cada niño, independientemente de su raza, ingreso, credo, sexo, país de origen o ideologías políticas.
2. El examen es obligatorio para el ingreso de su hijo(a) en el kínder o primer grado de una escuela pública. También puede cumplir este requisito si su hijo(a) ha participado en un examen el año pasado a través de Head Start, Exámenes médicos para niños y adolescentes o un examen de desarrollo equivalente de otro proveedor médico que incluya todos los componentes requeridos del examen de la primera infancia. Usted o su proveedor deberán presentar un resumen de los resultados del examen equivalente ante el distrito escolar de su hijo(a).
3. Los exámenes no son obligatorios para el ingreso de su hijo(a) en el kínder o primer grado si usted se opone al examen por razones de conciencia. Deberá presentar una declaración por escrito ante el distrito escolar de su hijo(a) que documente su estado de objetor de conciencia.
4. Tiene derecho a negarse a responder preguntas o dar información y seguir recibiendo el resto de los componentes requeridos del examen.
5. Tiene derecho a rechazar una evaluación, diagnóstico y posible tratamiento para su hijo(a).
6. La elegibilidad de su hijo(a) para la asistencia médica, o para otro programa médico, educativo o de servicio social, no se verá afectada si usted rechaza este examen o partes de este.

Doy mi permiso para el examen de salud y desarrollo infantil marcado abajo para:

Nombre del/de la niño(a): _____

Marque una opción:

- Examen completo, como se describe arriba en A
- Examen completo, como se describe arriba en A y B
- Examen descrito arriba, excepto: _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha: _____ Relación con el/la niño(a): _____