



Parental Consent - Health Screening



(This form is separate and distinct from state mandated health screenings and is initiated based on CCPS staff referral related to a medical concern or as part of an academic support plan.

Date: _____ Student Name _____ Student ID: _____

Date of Birth: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Primary Language Spoken in the home: _____ School: _____

Please return this form as soon as possible to:

- ☐ ESE Specialist
- ☐ School Nurse

The following screening(s) is/are recommended.

- ☐ **Vision Screening** (*School Nurse, Bascom Palmer, or DOH ---visual acuity*)
- ☐ **Hearing Screening** (*DOH or SLP ---series of sounds at different tones and frequencies to determine hearing proficiency*)
- ☐ **Speech Screening** (*Speech Language Pathologist---production of speech sounds, fluency, or voice quality*)
- ☐ **Gross Motor Screening** (*Physical Therapist---mobility, balance, coordination*)
- ☐ **Fine Motor Screening** (*Occupational Therapist---fine motor, visual motor, self-regulation/sensory*)
- ☐ **Behavior Observation** (*Psychologist or Behavior Specialist for Tier 3---observation of typography and potential function of problem behavior*)

**The District School Board of Collier County (CCPS) provides routine vision and hearing screenings to students in partnership with: Florida Department of Health, Collier County, (DOH-Collier), the Ronald McDonald Care Mobile, Bascom Palmer/University of Miami, BP).*

Please check one and provide your signature with date.

___ **Yes, I consent to my child receiving the health screening(s) indicated above.**

___ **No, I do not give consent to my child receiving the health screening(s) indicated above.**

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Comments/Notes: _____

Form sent to Doc Vault, Category B Date: _____ Initials: _____



Consentimiento de los padres - Pruebas médicas

(Este formulario es distinto a los de los exámenes de salud exigidos por el estado y se inicia en base a la remisión del personal de CCPS relativo a alguna preocupación médica o como parte de un plan de apoyo académico).



Fecha: _____ Nombre del Estudiante: _____ ID Estudiante #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Idioma principal hablado en casa: _____ Escuela: _____

Por favor devuelva este formulario tan pronto como sea posible a:

- ☐ La Especialista de ESE
- ☐ La Enfermera Escolar

Se recomienda(n) la(s) siguiente(s) prueba(s).

- ☐ Revisión de la Visión (*Enfermera escolar, Bascom Palmer, o DOH ---agudeza visual*)
- ☐ Revisión Auditiva (*DOH o SLP ---series de sonidos en diferentes tonos y frecuencias para determinar la capacidad auditiva*)
- ☐ Prueba del Habla (*Patólogo del Habla y del Lenguaje ---producción de sonidos del habla, fluidez o calidad de la voz*)
- ☐ Prueba de Motricidad Gruesa (*Fisioterapeuta---movilidad, equilibrio, coordinación*)
- ☐ Prueba de Motricidad Fina (*Terapeuta ocupacional: motricidad fina, visomotriz, autorregulación/sensorial*)
- ☐ Observación del Comportamiento (*Psicólogo o especialista en conducta para el Nivel 3---observación de la tipografía y función potencial de la conducta problemática*)

* La Junta Directiva Escolar del Distrito del Condado de Collier (CCPS) proporciona chequeos rutinarios de visión y audición a los estudiantes en alianza con: el Departamento de Salud de Florida del Condado de Collier (DOH-Collier), Ronald McDonald Care Mobile, Bascom Palmer/Universidad de Miami, BP.

Marque una opción y firme con la fecha.

____ **SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo sea evaluado con las pruebas médicas indicadas arriba.**

____ **NO doy mi consentimiento para que mi hijo sea evaluado con las pruebas médicas indicadas arriba.**

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Comentarios/Notas: _____

Form sent to Doc Vault, Category B Date: _____ Initials: _____



Konsantman Parantal – Tès Depistaj Sante



(Fòm sa a separe epi li diferan avèk tès depistaj sante eta a mandate a epi yo inisye li dapre referans manb pèsonèl CCPS yo e li genyen rapò avèk enkyetid medikal oswa li fè pati yon plan sipò akademik.

Dat: _____ Non Elèv la _____ ID Li: _____

Dat Nesans li: _____ Pwofesè li: _____ Klas li: _____

Langaj Prensipal ki pale lakay la _____ Lekòl li: _____

Tanpri voye fòm sa a retounen osito ke posib:

- ☐ Espesyalis ESE
- ☐ Enfimyèl Lekòl la

Yo rekòmande tès depitaj sa/sayo.

- ☐ **Tès Depistaj Vizyon** (Enfimyèl Lekòl, Bascom Palmer, oswa DOH ---akuite vizyèl)
- ☐ **Tès depistaj Odisyon** (DOH oswa SLP ---seri son nan diferan ton e frekans pou detèmine konpetans odisyon)
- ☐ **Tès Depistaj Diskou** (Patològ pou Langaj Diskou---pwodiksyon son diskou, fasilite, oswa kalite vwa)
- ☐ **Tès Depistaj nan Motrisite Global** (Terapi Fizik---mobilite, balans, kowòdinasyon)
- ☐ **Tès Depistaj nan Motrisite Fen** (Terapi Okipasyonèl---motrisite fen, motrisite vizyèl, oto regilasyon/sansoryèl)
- ☐ **Obsèvasyon sou Konpòtman** (sikoloji oswa Espesyalis sou Konpòtman pou Nivo 3---obsèvasyon tipografi, fonksyon potansyèl sou konpòtman pwoblèm)

*Konsèy Administrasyon Lekòl Distri Collier County a (CCPS) ofri tès depistaj woutin pou vizyon e odisyon pou elèv, yo fè sa an patenarya avèk: Deparman Sante Florid, Collier County, (DOH-Collier), the Ronald McDonald Care Mobile, Bascom Palmer/University of Miami, BP)

Tanpri make youn nan yo epi siyen e mete dat la.

___ Wi, mwen konsanti pou pitit mwen an resevwa tès depistaj sante ki endike anwo a.

___ Non, mwen pa konsanti pou pitit mwen resevwa tès depistaj sante ki endike anwo a.

Siyati Paran/Responsab: _____ Dat: _____

Kòmantè/Nòt: _____

