



## OPCIÓN DE NO PARTICIPAR PARA PADRES PROGRAMA DE EXÁMENES DE SALUD EN LA ESCUELA 2024-2025

Las Escuelas Públicas del Condado de Collier en alianza con el Departamento de Salud de Florida, Condado de Collier ((DOH- Collier), Bascom Palmer, y el Universidad de Miami (BP-UM) proveerán las siguientes pruebas de salud:

<b>Visión</b>	<b>Grados K, 1, 3, &amp; 6</b>
<b>Auditiva</b>	<b>Grados K, 1, &amp; 6</b>
<b>Crecimiento y desarrollo (altura y peso)</b>	<b>Grados 1, 3, &amp; 6</b>
<b>Escoliosis (curvatura de la columna vertebral)</b>	<b>Grado 6</b>

Si **NO** desea que su hijo participe en una o más de estas pruebas de detección, complete la información que aparece a continuación, firme y devuélvala a la escuela de su hijo antes de la fecha de la revisión. El calendario de exámenes de salud se puede ver en: [www.collierschools.com/Page/3065](http://www.collierschools.com/Page/3065)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ N° Estudiantil: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Yo **NO** deseo que a mi hijo(a) se le hagan las siguientes pruebas de salud:

**Visión**       **Auditiva**       **Altura/Peso**       **Escoliosis**

Firma de los padres o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

### For School Use Only

___ Form given to Health Screening Coordinator	Date: _____	Initials: _____
___ Information entered in Focus by Clinic Staff	Date: _____	Initials: _____
___ Form sent to Doc Vault, Category B	Date: _____	Initials: _____