

BEST IN CLASS
Exámenes de Salud
Formulario de Permiso

Nombre del niño(a) _____ STARS ID estatal (solo para uso del programa) _____

El programa BEST IN CLASS está comprometido a garantizar que los niños estén saludables. Los exámenes son importantes para asegurar la salud y el bienestar general de su hijo(a). Los exámenes de salud se ofrecen sin ningún costo para usted.

Marque los exámenes que usted autoriza que un profesional calificado realice. Usted puede optar por excluir algunos o todos los exámenes si no desea que su hijo(a) participe.

Estoy de acuerdo en que mi hijo(a) participe en los siguientes exámenes:

☐ **Visión** (evaluación de la agudeza visual)

☐ **Dental** (uso de linterna/espejo pequeño para detectar señales de enfermedad dental)

☐ **Audición** (uso de audiómetro para medir la audición)

☐ **Físico** (medición de estatura, peso, presión arterial, cálculo de IMC)

☐ **Todos los anteriores**

.....

Si se presenta documentación de una visita médica de bienestar del niño(a) por parte de un médico, dentista o oftalmólogo dentro de los 12 meses anteriores al primer día de asistencia, esta puede reemplazar los exámenes.

☐ **Mi hijo(a) fue atendido en los últimos 12 meses por nuestro proveedor principal (médico/dentista/oftalmólogo) y se adjunta documentación de la visita.**

.....

☐ **No deseo que mi hijo(a) participe en ningún examen de salud.**

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____