

School Board of Polk County
Mandated Health Screening Opt-Out Form

Dear Parent/Guardian:

This year the school district will perform the following health screenings on students in the following grades:

Vision—PreK, Kindergarten, 1st, 3rd, 6th, and during summer programs

Hearing—PreK, Kindergarten, 1st, 6th

Growth and development/Body Mass Index (BMI)—PreK, 1st, 3rd, 6th

Scoliosis—6th ONLY

Blood pressure—Head Start PreK ONLY

In addition, individual vision and/or hearing screening may be conducted at any grade level to rule out vision and/or hearing difficulties.

If your child is tested and the results are not in the “normal” range for the particular test, you will be notified by letter. If you receive one of those letters, it is recommended that you take your child to a doctor or healthcare provider for an evaluation.

Your child will be screened unless you notify the school, in writing by signing below, that you do not want your child to participate.

If you have any questions, please feel free to call Health Services at 863-291-5355.

ONLY SIGN BELOW AND RETURN IF YOU DO NOT WISH YOUR CHILD TO BE SCREENED.

Student's Name _____ Date of Birth _____

School _____ Grade _____

I DO NOT WISH TO HAVE MY CHILD PARTICIPATE IN THE FOLLOWING SCREENINGS: (Check the ones that apply)

VISION _____ GROWTH AND DEVELOPMENT/BMI _____

HEARING _____ SCOLIOSIS _____ BLOOD PRESSURE (PreK) _____

Parent/Guardian Signature

Date

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE POLK

Formulario de Exclusión Voluntaria del Examen de Salud

Estimado Padre o Encargado:

Este año el distrito escolar llevará a cabo las siguientes pruebas médicas a estudiantes en los siguientes grados:

- Visión - Pre-K, kínder, 1^{ro}, 3^{ro}, 6^{to}, y verano
- Audición – Pre-K, kínder, 1^{ro}, 6^{to}
- Crecimiento y desarrollo/índice de masa corporal – Pre-K, 1^{ro}, 3^{ro}, 6^{to}
- Escoliosis – 6^{to} solamente
- Presión sanguínea – Head Start Pre-K solamente

En adición, pruebas individuales de visión y/o audición podrán ser administradas a estudiantes de cualquier grado para descartar problemas de visión y/o audición.

Si su niño/a es examinado y los resultados no son “normales” para el tipo de prueba, usted será notificado por escrito. Si usted recibe una notificación escrita, es recomendable que lleve a su niño/a a un especialista para evaluación.

Su niño/a será examinado a menos que usted notifique por escrito, firmando al final de esta hoja, que no desea que su niño/a participe.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de llamar a Servicios de Salud al 863-291-5355.

SÓLO FIRME A CONTINUACIÓN Y DEVUELVA SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA EXAMINADO.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Escuela _____ Grado _____

NO DESEO QUE MI HIJO/A PARTICIPE EN LAS SIGUIENTES PRUEBAS: (Marque las que aplique)

VISIÓN _____ CRECIMIENTO Y DESARROLLO/BMI _____

AUDICIÓN _____ ESCOLIOSIS _____ PRESIÓN SANGUÍNEA (Pre-K) _____

Firma del Padre o Encargado

Fecha