




HEALTH & DEVELOPMENTAL SCREENING CONSENT FORM FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES DE SALUD Y DESARROLLO

Child's Name / Nombre del Niño: _____

Birthdate / Cumpleaños _____

Initials / Iniciales		I give consent for my child to receive and be included in the following (Please initial in the boxes provided) <i>Doy permiso para que mi hijo/hija puede recibir las siguientes pruebas (Si hay una columna que no se ha marcado, será considerada como "si")</i>	
Yes/Si	No		
initials	initials	Hearing / Audición	
initials	initials	Vision / Vista	
initials	initials	Height and Weight / Altura y Peso	
initials	initials	Blood Pressure / Presión Arterial	
initials	initials	Hemoglobin / Hemoglobina	
initials	initials	Lead / Plomo	

Initials	Initials		PLS-5 Language/Lenguaje	Results	Date of Screening / Fecha de Examen
			PLS-5 Articulation/Articulación	Results	
Initials	Initials	Development/Desarrollo (LAP-D/ASQ3)		Score/ C NC	
Initials	Initials	Parent Questionnaire/Cuestionario de Padres (ASQ:SE)		Score/ C NC	
Referral(s) Comments					
Retest Results	Screening:				
	Screening:				

I understand that I may revoke this consent, in writing, to Early Learning Essentials. This release will expire at the end of the program year. I have been offered a copy of this release.

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento, por medios escritos a Early Learning Essentials. Esta divulgación de información se vencerá al fin del año escolar. Me han ofrecido una copia de esta divulgación.

Signature of Parent/Guardian
Firma del Padre/Guardián

Date/Fecha

Signature of Staff

Date