



**PERMISO PARA RECIBIR  
SERVICIOS DE SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso que mi hijo obtenga los exámenes que he designado en la siguiente parte de esta forma. Además, doy permiso que alguien del programa de Head Start lo transporte para recibir estos servicios. Entiendo que mi hijo necesita estos exámenes y que me avisarán si un examen no resulte en manera normal.

También entiendo que es mi responsabilidad proveerle a Head Start con los record corrientes de inmunizaciones de mi hijo y examen hechos por un médico o dentista dentro del año pasado. Esta forma está en efecto por un año desde hoy. Me han explicado el propósito de esta forma. Estoy en acuerdo:

Que si hay alguna emergencia en donde no me pueden comunicar por teléfono, el personal de Head Start puede proveer auxilio de emergencia si es necesario. \_\_\_\_\_ Si No

Favor de marcar los servicios que necesita su hijo:

- Examen de desarrollo \_\_\_\_\_ Examen de salud mental \_\_\_\_\_
- Examen por un medico \_\_\_\_\_ Examen por consejero de crisis \_\_\_\_\_
- Examen por un dentista \_\_\_\_\_
- Examen para manera de habla \_\_\_\_\_
- Examen para saber que tan alto está y cuanto pesa mi hijo \_\_\_\_\_
- Examen auditiva \_\_\_\_\_ Examen de visión \_\_\_\_\_
- Inmunizaciones (si es necesario)
- Examen para tuberculosis \_\_\_\_\_
- Examen para ver si se cepilla los dientes con pasta de diente que contiene fluoruro \_\_\_\_\_

**Examen que indica si el niño se ha puesto en contacto con plomo. (En años pasados los cuartos en casas eran pintados con pintura que tenía plomo. Este plomo es como veneno si uno se pone en contacto con el.) En este examen se le tiene que obtener sangre por un dedo.**

Como padre/guardián de \_\_\_\_\_, yo doy permiso que el programa/personal de Head Start puedan usar la información de Medicaid/THSTEPS y los record médicos de mi hijo.

NOMBRE DE NIÑO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Firma de padre/guardián \_\_\_\_\_

Parentesco al niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Le he explicado a \_\_\_\_\_ el propósito de esta forma y los servicios de salud que reciben los niños de Head Start.

Firma de personal de Head Start \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_