






Mountainland Head Start, Inc.

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

Child's Name / Nombre del Niño: _____

Date Of Birth / Fecha de Nacimiento _____

Name of Parent / Guardian: _____

		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 PLS-5 Articulation/Articulación 	
initials	Initials	Development/Desarrollo (LAP-D) 	
Initials	Initials	Parent Questionnaire/Cuestionario de Padres (ASQ:SE) 	

I understand that I may revoke this consent, in writing, to Mountainland Head Start, Inc. 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 Mountainland Head Start, Inc. 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 / tutor legal

Date

MHS Staff Signature

Date