

## **Asheboro City Schools Parental Consent Form for Health Screening**

Asheboro City Schools offer health screenings to our K-12 student population. The screenings offered are dental, hearing and vision. These are offered in an effort to decrease health barriers for learning and help bridge a gap between families and health care providers. Screenings may be performed by school personnel, such as the school nurse or speech language pathologist or by members of the local health department. Screening may be given individually or in a group setting. Please note, a screening is not a substitute for an exam by a medical provider.

Recent legislation has mandated that public schools implement an “OPT-IN” policy requiring written parental permission for students to participate in health screenings. As a parent or guardian, you have the right to opt your child into the screenings.

Please indicate below whether you would like your child to participate in health screenings.

**Screenings will not be provided without parental consent.**

**Child's Name:** \_\_\_\_\_

**School:** \_\_\_\_\_

**Grade:** \_\_\_\_\_

- I give my consent for my child to receive health screenings as described above.
- I do NOT give my consent for my child to receive the screenings as described above.

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Escuelas de la Ciudad de Asheboro  
Formulario de Consentimiento para  
Evaluación de Salud**

Las Escuelas de la Ciudad de Asheboro ofrecen evaluaciones de salud a nuestra población estudiantil K-12. Las evaluaciones que se ofrecen son dentales, auditivas y visuales. Estos se ofrecen en un esfuerzo por disminuir las barreras de salud para el aprendizaje y ayudar a cerrar la brecha entre las familias y los proveedores de atención médica. Las evaluaciones de detección pueden ser realizadas por el personal de la escuela, como la enfermera de la escuela, el logopeda o miembros del departamento de salud local. La evaluación puede realizarse individualmente o en grupo. Tenga en cuenta que una prueba de detección no sustituye a un examen realizado por un proveedor médico.

La legislación reciente ha ordenado que las escuelas públicas implementen una política de "OPT-IN" que requiere el permiso escrito de los padres para que los estudiantes participen en evaluaciones de salud. Como padre o tutor, usted tiene derecho a elegir que su hijo participe.

Indique a continuación si le gustaría que su hijo participara en evaluaciones de salud.

**No se realizarán evaluaciones sin el consentimiento de los padres.**

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

- SI doy mi consentimiento para que mi hijo reciba evaluaciones de salud como se describe anteriormente.
- NO doy mi consentimiento para que mi hijo reciba las evaluaciones como se describe anteriormente.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_