



CONSENT TO HEARING, DENTAL, VISION, AND NUTRITION SCREENINGS.

I, _____ agree to allow _____
Parent/Grandparent/Guardian Child's First, Last Name Date of Birth

to participate in hearing, dental, vision, nutrition and other screenings as recommended in order to ensure that he/she can be as healthy and ready to learn as possible. The nutrition screening checks for healthy growth and fruit and vegetable intake.

I understand I will be informed if there is a need to discuss the results of any of the screening.

Information collected about my child will be kept safe and confidential.

I understand that SFDPH uses results from health screenings to link children who need treatment to providers, and plan and evaluate citywide public health programs. SFDPH may report screening results to government agencies and policy makers in terms of the total number of children served. SFDPH will not share your child's personal information with agencies or anyone other than your child's school without your written permission.

Signature of Parent/Grandparent/Guardian Date Telephone number

同意參加聽覺，牙齒，視覺，營養檢查

我 _____ 允許 _____
父母/祖父母/監護人 孩子的姓名 出生日期

參加牙齒，視覺，聽覺，營養和其他推薦的檢查，為確保他們身體健康及準備學習。營養檢查包括健康成長，水果和蔬菜的攝取量。

我明白我將會被通知如果有需要談論孩子的檢查結果。

關於我孩子的個人收集資料將會是安全保存和保密。

我明白三藩市公共衛生局將會使用檢查結果來為需要接受治療的兒童提供醫療服務轉介，計劃和評估全市公共衛生服務。三藩市公共衛生局可能會將所有被檢查孩子結果的總數給政府機構和政策制定者。

沒有你的書面許可，三藩市公共衛生局是不會與任何機構或任何人共用你孩子的個人資料除了你孩子的學校以外。

簽名: 父母/祖父母/監護人 日期 電話號碼

Consentimiento para exámenes de los oídos, los dientes, la vista, y una evaluación nutricional

Yo, _____ estoy de acuerdo en que _____
(Madre/Padre/Guardián) Nombre del niño/a Fecha de nacimiento

participe en los exámenes de los oídos, los dientes, la vista, una evaluación de la nutrición, y otros exámenes que se hayan recomendado, a fin de asegurar que el niño/a esté tan saludable y listo/a para aprender como sea posible. Las evaluaciones nutricionales chequean el desarrollo normal y el consumo de cantidades apropiadas de frutas y verduras.

Se me informará si existe la necesidad de hablar con más detalle acerca de los resultados.

Los datos que se hayan colectado sobre mi hijo(a) se mantendrán confidenciales.

Tengo entendido que el Departamento de Salud Pública de San Francisco (SFDPH) utiliza los resultados de los exámenes para conectar los niños que requieren tratamiento a los proveedores de servicios médicos, y en planear y evaluar varios programas de la salud pública. Es posible que SFDPH reporte los resultados de los exámenes y el número de niños que se atendieron a varias agencias del gobierno y a los legisladores. SFDPH no distribuirá, sin su permiso por escrito, la información personal de su hijo(a) con otras agencias ni con nadie, aparte de la escuela de su niño(a).

Firma del Padre/Madre/Abuelo(a)/Guardián Fecha Numero de Teléfono