

Nombre del Niño _____ Centro _____

**UMATILLA-MORROW COUNTY HEAD START, INC.
FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES**

Doy consentimiento a los Programas de Umatilla-Morrow Head Start para proveer los siguientes servicios. Entiendo que al circular la respuesta "SI," doy permiso para el servicio especificado, y al circular la respuesta "NO," no doy permiso.

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 1. | Doy permiso para que se mantenga una gráfica del crecimiento del niño, si se cree ser necesario, a través de la clínica del WIC y/o Centro del Head Start. | SI | NO |
| 2. | Doy permiso para que a mi niño se le completen exámenes de l oído, vista, y desarrollo por un especialista calificado y/o personal del Head Start. | SI | NO |
| 3. | Doy permiso para que a mi niño se le completen exámenes del habla y/o desarrollo por un especialista calificado y/o personal del Head Start. | SI | NO |
| 4. | Doy permiso para que mi niño reciba tratamiento de primeros auxilios para lesiones menores en el Centro de Head Start. | SI | NO |
| 5. | Doy mi permiso para que mi niño salga en fotografía de la clase o en fotografía de una actividad del aula o viaje de campo, que se pueda dar a otros niños de Head Start, familias, o personal. | SI | NO |
| 6. | Doy permiso para que se usen fotografías de mi niño o mi familia en el programa para entrenamiento, artículo del periódico, o para propósitos de promociones. | SI | NO |
| 7. | Doy permiso al Head Start para que de mi numero de teléfono y/o domicilio a otros padres del Head Start. (Marque el que quiere) ___Teléfono y/o ___Domicilio | SI | NO |
| 8. | Doy permiso para que el personal use loción, bloqueador para el sol, jabón, y ungüento para pañales cuando sea necesario. Si la respuesta es no, se usara el artículo solamente si los padres lo proveen. Sin embargo, la loción bloqueadora para el sol lo deben suplir los padres. | SI | NO |
| 9. | Doy permiso para que mi niño asista a viajes de campo, ya sea caminando o por autobús, según sean los planes del personal del salón de clase. | SI | NO |
| 10. | Doy permiso para que se de información medica a un interprete que es empleado de. UMCHS. | SI | NO |
| 11. | <u>Para niños de 12-23 meses solamente</u> -Concedo permiso para que el personal del Head Start cepille los dientes de mi niño(a), untando un poco (como un grano de arroz) de pasta con fluoruro cada día. | SI | NO |
| 12. | Doy permiso para que Head Start me envíe notificaciones y/o información por ___ texto y/o ___correo electrónico. | SI | NO |

Si usted NO es un cliente del WIC, favor de completar la pregunta #12.

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 13. | Doy permiso para que a mi niño se le haga una Evaluación de Nutrición. Si no se ha Completado una evaluación de Hct/Hgb al corriente por un Proveedor de Cuidado de Salud Medica, doy permiso para que el WIC complete esta revisión. | SI | NO |
|-----|---|----|----|

Firma de Padres o Guardián Fecha

Firma del Personal Fecha

Revisión Anual: _____ (iniciales del padre) _____ (iniciales del personal) _____ (fecha)

Revisión Anual: _____ (iniciales del padre) _____ (iniciales del personal) _____ (fecha)