

**Acuerdo De Servicios Para la Salud**

El pre-escolar del Condado de Cabarrus requiere cuidado de salud continuo para todos los estudiantes de manera que estén saludables y listos para aprender. Como condición de matrícula en este programa,

Estoy de acuerdo en lo siguiente para

Nombre del niño(a)

* + Llevaré a mi niño(a) al proveedor de servicios de salud para un chequeo físico cada 12 meses y le proveeré a la escuela una copia del examen físico y del récord de vacunas.
  + Si la visión de mi niño(a) no es revisada durante la visita médica, estoy de acuerdo en que su visión sea revisada por el personal de la escuela. Estoy de acuerdo en completar todas las citas de seguimiento necesarias relacionadas con la visión de mi niño(a).
  + Si la audición de mi niño(a)no es revisada durante la cita médica, estoy de acuerdo en que se le haga el examen de oídos por parte del audiólogo de la escuela. Estoy de acuerdo en completar todas las citas de seguimiento necesarias relacionadas con la audición de mi niño(a).
  + Estoy de acuerdo en buscar o recoger a mi niño(a) de la escuela si ocurre lo siguiente:
  + Vómito-el niño(a) deberá estar sin vómito y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela.  Diarrea-el niño(a) deberá estar sin diarrea y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela.

O Fiebre-100 grados F o más. El niño(a) deberá estar sin fiebre y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela.

 Piojos, insectos vivos-al niño(a) se le mandará a la casa con la hoja de tratamiento por 14 días y deberá primero ver a la enferma antes de regresar a la clase, después del tratamiento inicial.

 Otro-Vea el Manual para Padres para la lista de condiciones/enfermedades que requieren la exclusión/salida de la escuela.

Firma del Padre/Madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:

Firma de la Enfermera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Cabarrus Partnership for Children

1303 South Cannon Blvd, Kannapolis, NC 28083

Phone: 704-933-8278 Fax: 704-934-0029

Consentimiento para Fotografiar, Filmar o Grabar a los Niños

Doy permiso para que mi hijo(a) sea grabado(a) o fotografiado(a) por la Asociación de Niños de Cabarrus, Cabarrus County Schools, Kannapolis City Schools, y/o Departamento de Servicios Humanos.

La película, grabación o fotografía será usada para fines educativos o informativos a la discreción de la Asociación para Niños. El propósito principal es compartir información sobre la comunidad que afecta a los niños pequeños y a sus familias. Estos servicios son financiados por Smart Start.

Gracias por permitir que sus niños sean un ejemplo de cómo Smart Start está creando conciencia de las necesidades de los niños en la comunidad.

Nombre del niño(a):

Nombre del Padre/Madre:

Firma:

Fecha:

Escuela donde su hijo(a) asiste: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maestro(a) de su hijo(a):