

RENUNCIA VOLUNTARIA PARA RECIBIR UN EXAMEN DE SALUD PARA INGRESAR A LA ESCUELA

NOMBRE DEL NIÑO/DE LA NIÑA—Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DIRECCIÓN—Número/Calle	Ciudad	Zona Postal	ESCUELA	Maestro(a)	

PADRE/MADRE O GUARDIÁN:

Si desea que su niño(a) no reciba el examen de salud requerido por la ley de California antes de ingresar a la escuela, por favor llene este formulario. FIRMELO Y DEVUELVALO A LA ESCUELA donde será guardado en forma confidencial.

AVISO: EL FIRMAR ESTA RENUNCIA VOLUNTARIA NO DISPENSA PARA QUE EL NIÑO/LA NIÑA RECIBA LAS INMUNIZACIONES REQUERIDAS POR LA LEY DE CALIFORNIA PARA LOS NIÑOS EN LA ESCUELA. TAMBIÉN, EL FIRMAR ESTE FORMULARIO NO LE NEGARÁ A SU NIÑO(A) EL DERECHO A RECIBIR LOS EXÁMENES DE LA VISTA Y EL OÍDO HECHOS POR LA ESCUELA.

Se me ha informado acerca del examen de salud recomendado por los respectivos profesionales y requerido por la ley del estado. Se me ha informado también acerca de los lugares donde mi niño(a) puede recibir un examen de salud y sobre los diferentes niveles de ingresos para recibirlo sin costo alguno.

Por favor marque uno de los siguientes casilleros:

- Escojo que mi niño(a) no reciba el examen de salud que es uno de los requisitos para ingresar a la escuela.
- Me gustaría que mi niño(a) reciba un examen de salud, pero estoy incapacitado(a) para obtenerlo.

Razón (vea Health and Safety Code, Sección 124085): _____

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

SI DESEA MÁS INFORMACIÓN CONSÍGALA EN LA ESCUELA O EN SU DEPARTAMENTO LOCAL DE SALUD.
CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp