

Departamento de Salud Pública del Condado de Cook
Programa de control de la visión y audición
Autorización para servicios

Yo, padre/tutor legal de _____, autorizo al
Por favor, escriba el nombre del niño en letra de molde.

Departamento de Salud Pública del Condado de Cook a realizar los estudios de control de la visión y/o audición a mi hijo/hija en la escuela/guardería infantil a la que asiste. Entiendo que la escuela/ guardería infantil me entregará una copia del resultado de los estudios. Además, la escuela/guardería conservará una copia de los resultados en sus archivos. Entiendo también que soy responsable de realizar el seguimiento recomendado por el Departamento de Salud Pública del Condado de Cook a partir de los resultados de los estudios.

Padre/tutor legal – Nombre en letras de molde

Fecha

Firma del padres/tutor legal