

**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	Código 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 sera guardado en forma confidencial.

**AVISO:** EL FIRMAR ESTA RENUNCIA VOLUNTARIA **NO** DISPENSA PARA QUE EL NIÑO/LA NIÑA RECIBA LAS VACUNAS REQUERIDAS POR LA LEY DE CALIFORNIA PARA LOS NIÑO(A)S EN LA ESCUELA. TAMBIÉN, EL FIRMAR ÉSTE FORMULARIO NO LE NEGARÁ A SU NIÑO(A) EL DERECHO A RICIBIR 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 ingreso para recibiro 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 guardian      Fecha

SI DESEA MÁS INFORMACIÓN CONSIGALA EN LA ESCUELA O EN SU DEPARTAMENTO LOCAL DE SALUDA.

CHDP website: [www.dhs.ca.gov/chdp](http://www.dhs.ca.gov/chdp)