

## EASTCONN Early Head Start & Head Start Parent/Guardian Permission Form Formulario de Permiso de los Padres/Encargados

Name of Child/*Nombre del niño(a)*: \_\_\_\_\_

Program Option/*Programa Opción*: \_\_\_\_\_

*I give permission for EASTCONN Early Head Start and Head Start*  
*Autorizo al programa de EASTCONN Early Head Start and Head Start:*

PLEASE CIRCLE ONE/ POR FAVOR CIRCULAR UNO

1. To do a vision screening on my child. <i>Hacerle un examen de la visión.</i>	YES/SÍ	NO
2. To take a height and weight on my child. <i>Tomarle el peso y la estatura a mi niño(a).</i>	YES/SÍ	NO
3. To take a blood pressure for my child (for children over 3 years old). <i>Tomarle la presión sanguínea a mi niño(a) (solo los niños mayores de 3 años de edad).</i>	YES/SÍ	NO
4. To do a hearing screening. <i>Tomarle un examen auditivo.</i>	YES/SÍ	NO
5. To contact and exchange information with my child's physician, dentist, WIC, and the school district he/she will be attending (including Kindergarten) or the school district the classroom is housed in, in accordance with the HIPPA law. <i>Para contactar o intercambiar información con la oficina del pediatra, WIC y las escuelas en que el niño(a) asistirá (incluyendo Kindergarten) o en el distrito escolar donde se encuentra el salón de clase, de acuerdo con las leyes de HIPPA.</i>	YES/SÍ	NO
6. Staff currently certified in Infant/Child CPR to administer CPR, which may include the use of an AED and certified in First Aid to administer Basic First Aid to my child if necessary. <i>En caso de emergencia los primeros auxilios y/o CPR (Resucitación Cardiopulmonar,) serán administrados por un miembro de nuestro personal que tenga la certificación actualizada.</i>	YES/SÍ	NO
7. To do a developmental (including mental health), speech and language screening on my child. <i>Hacerle una evaluación a mi niño(a) del habla y lenguaje (incluyendo salud mental).</i>	YES/SÍ	NO
8. To take my child off the school premises on community walks on a regular basis. <i>Para que mi niño(a) con regularidad, salga de la escuela en pequeñas caminatas en la comunidad.</i>	YES/SÍ	NO
9. To take photographs and videos of my child/family while participating in the program for educational purposes. <i>Para que les tomen fotografías y/o videos a mi niño(a) mientras este participando en el programa con propósitos educacionales.</i>	YES/SÍ	NO
10. The pictures/videos may be used for EASTCONN business purposes (including the EASTCONN website/social media) and in local newspapers or brochures, and the videos for staff and parent training. <i>Las fotografías podrán ser usadas por EASTCONN para fines publicitarios (incluso el sitio/medios de comunicación social), en el periódico local o en panfletos/folletos, los videos serán usados en talleres educacionales para el personal y los padres/encargados.</i>	YES/SÍ	NO
11. To have Birth to Three, area local schools, and contracted mental health consultants to observe in my child's classroom and provide input to the staff. <i>Permitir que agencias de Birth to Three, las escuelas locales, consultores de salud mental observen en el salón de clase de mi niño(a) y compartan la información con el personal del salón de clase.</i>	YES/SÍ	NO
12. To share information with my child's future school district or another community based program my child will attend when exiting EASTCONN Early Head Start or Head Start. <i>Cuando mi niño(a) salga del Programa de EASTCONN Head Start o Early Head Start compartirá el expediente de mi niño(a) con la futura escuela u otra agencia de la comunidad de kindergarten.</i>	YES/SÍ	NO

Signature of Parent/Guardian/*Firma de los padres/encargados*: \_\_\_\_\_

Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_