



Estimado padre/madre o representante legal:

El Departamento de Salud Pública del Condado de Marion proporciona servicios obligatorios de evaluación de la vista a todos los estudiantes de primer, tercer, quinto y octavo grados. También evaluamos a los nuevos estudiantes que han sido transferidos al Condado de Marion desde otros Condados, o desde fuera del estado y a cualquier estudiante del que se sospeche tenga problemas de la audición.

Si su hijo(a) usa anteojos y/o lentes de contacto, esperamos que se realice la evaluación con sus anteojos/lentes de contacto. Es importante para nosotros que su hijo(a) apruebe la evaluación en vez de reprobarla por no llevar consigo sus anteojos/lentes de contacto. Si el estudiante al cual representa tiene un padecimiento preexistente y está recibiendo la atención de un médico le agradecemos que nos lo informe.

Usted, como el padre/madre o representante legal tiene el derecho de renunciar a este servicio para su hijo(a). Si usted **no** desea que el Departamento de Salud Pública del Condado de Marion, lleve a cabo una evaluación de la vista de su hijo(a), le agradecemos que rellene la mitad inferior de esta carta y la devuelva a la escuela. Se hará una copia de esta carta y se conservará en el archivo de la escuela, así como en el archivo del personal de evaluación del Departamento de Salud Pública del Condado de Marion (MCPHD).

Gracias,

Departamento de Salud Pública del Condado de Marion

Yo, _____, no deseo que mi hijo(a) _____ reciba servicios de evaluación de la vista. El estudiante al cual represento está en _____ grado. Su maestro(a) es _____.

Gracias por su atención,

Firma del padre/madre o representante legal Fecha