



# Elkhart & St. Joseph Counties Head Start Consortium

Dr. Kathy Guajardo, Executive Director  
*This institution is an equal opportunity provider.*

Primary Physician: \_\_\_\_\_

Fax Number: \_\_\_\_\_

## SCREENING AUTHORIZATION/RELEASE FORM

**Instructions:** Please complete this form in the spaces provided.

**Please Print**

**Child's Name:** \_\_\_\_\_  
Last First

**Age:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sex** \_\_\_\_\_

**Race:** \_\_\_\_\_ **Latino/Latina:** Y N

**Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Medicaid ID number:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### For Medical Staff Only:

The abovementioned child may receive any (or all) of the following screening tests:

**Hemoglobin (finger stick)**  **Weight**  
Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

**Hearing, P F R date:** \_\_\_\_\_  **Height**  
Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

**Vision, P F R date:** \_\_\_\_\_  **Blood pressure**  
Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

**Lead screen (finger stick)**  
Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

I hereby release Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium, Memorial Hospital and any other organization involved in this program, and their agents, from all liabilities, medical claims or expenses which may arise from my child's participation or any injury sustained from this event. I recognize and accept all risk associated with this screening. I understand that the program will only conduct screenings and this does not constitute a medical examination or diagnosis of any disorder. For a diagnosis of a medical problem, my child must see a physician for a complete examination.

I, the undersigned, do hereby authorize a finger stick be performed on my child.

**Parent Name (please print):** \_\_\_\_\_

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

245 North Lombardy, Suite A  
South Bend, IN 46619  
Telephone: (574) 393-5864  
Fax: (574) 283-8108  
Toll – Free: (866) 440-8843  
www.headstartesj.com

- Baugo Community Schools
- Concord Community Schools
- Elkhart Community Schools
- John Glenn School Corporation
- Goshen Community Schools
- Middlebury Community Schools
- Penn-Harris-Madison
- School City of Mishawaka
- South Bend Community Schools
- Union-North United Schools
- Wa-Nee Community School



# Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio

Dr. Kathy Guajardo, Directora Ejecutiva

## FORMA DE RENUNCIA/PRUEBA DE AUTORIZACION

*Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades*

Instrucciones: Complete por favor esta forma en los espacios proporcionados

**Imprente por favor**

Primary Physician:  
Médico Primario:

Fax Number:  
Número de Fax:

245 North Lombardy, Suite A  
South Bend, IN 46619  
Telefono: (574) 393-5864  
Fax: (574) 283-8108  
Llamada gratuita:  
(866) 440-8843  
www.headstartesj.com

Nombre de niño(a): \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Latino/Latina: S N

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de Medicaid ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Sólo para personal médico:

El niño ya mencionado puede recibir cualquiera (o todas) las pruebas siguientes:

<input type="checkbox"/> Hemoglobina (punción del dedo) Resultado: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Peso Resultado: _____ Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Audición, P F R fecha: _____	<input type="checkbox"/> Altura Resultado: _____ Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Visión, P F R fecha: _____	<input type="checkbox"/> Tensión Número de la presión: _____ fecha: _____
<input type="checkbox"/> Prueba de Plomo (punción del dedo) Resultado: _____ fecha: _____	

Yo atesto la renuncia a los Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio, el Hospital Memorial y cualquier otra organización implicado en este programa, y sus agentes, de todas las obligaciones, reclamos o gastos médicos que pueden surgir de la participación de mi niño o cualquier herida sostuvo de este acontecimiento. Reconozco y acepto todo el riesgo asociado con estas pruebas. Comprendo que el programa sólo realizará pruebas y esto no constituye un reconocimiento médico ni el diagnóstico de desorden. Para un diagnóstico de un problema médico, mi niño debe ver a un médico para un examen completo.

Yo, el abajo firmante, por la presente autoriza una prueba de punción del dedo sea realizado en mi niño.

Nombre de padre/madre (favor de imprimir): \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- Baugo Community Schools
- Concord Community Schools
- Elkhart Community Schools
- John Glenn School Corporation
- Goshen Community Schools
- Middlebury Community Schools
- Penn-Harris-Madison
- School City of Mishawaka
- South Bend Community Schools
- Union-North United Schools
- Wa-Nee Community School