



**HAMILTON
COUNTY
SCHOOLS**



PARENT PERMISSION FORM

School/Escuela: _____ Date/Fecha: _____

Dear Parent of/Estimados Padres de: _____

Address/Direccion: _____

Phone Number/Teléfono: _____

Your child recently failed a hearing screening given to all students in the _____ grade. The Hamilton County School System has a certified audiologist on staff who can administer an audiological evaluation for children who failed their screenings. This service is free for Hamilton County students.

If the audiologist determines that a medical problem exists, a referral will be sent home with your child to let you know that an appointment with a physician is necessary.

If you are interested in having the school system audiologist test your child please sign "yes" giving permission to test. If you do not want the school system audiologist to test and would prefer to provide follow-up to the failure yourself, please sign "no."

Recientemente su niño falló una prueba de detección del oído que se le da a todos los estudiantes del _____ grado. El Sistema Escolar del Condado de Hamilton tiene un audiólogo certificado que puede dar una evaluación audiológica a niños que no han pasado el examen anterior. Este servicio es gratis para los estudiantes del Condado de Hamilton.

Si el audiólogo determina que existe un problema médico, su niño será referido a un doctor por medio de una nota que se enviará a casa con su niño para que Usted sepa que es necesario llevarlo a una cita al medico.

Si Usted está interesado en que el audiólogo del Sistema Escolar examine a su niño gratis por favor firme donde dice "Yes/Si" dando permiso para que lo examine. Si Usted no quiere que el audiólogo del Sistema Escolar examine a su niño prefiere hacer seguimiento al fallo de audición, por su cuenta firme "no."

Do you give permission for the Hamilton County School Audiologist to test your child?

Da Usted permiso para que el audiologo del Contadao de Hamilton Escuela examine a su nino?

Yes/Si

No

Signature/Firma: _____

Signature/Firma: _____

Relation to child: _____

Relation to child: _____

Cual es su relacion al nino: _____

Cual es su relacion al nino: _____

Date/Fecha: _____

Date/Fecha: _____

Please return this form to/Por favor devueiva esta formulario a:

**Audiology Department
Hamilton County Schools
4626 Oakwood Road
Chattanooga, TN 37416
Phone/Tele'fono: (423)498-7011
Fax: (423) 498-6696**