СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ
НА ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

(PARENT CONSENT CHILD HEALTH & DEVELOPMENTAL SCREENING – Russian)

Имя и фамилия ребенка	Дата рождения	*(For office use)* *Child's Record No.*_____
Имя и фамилия родителя		

A. Это обследование включает:
- Проверку записей о сделанных Вашему ребенку прививках.
- Проверку показателей физического развития Вашего ребенка, таких как рост и вес.
- Проверку слуха.
- Проверку состояния глаз, включая зрение.
- Проверку любых других факторов, которые могут стать помехой для здоровья, роста, развития или обучения Вашего ребенка.
- Проверку развития Вашего ребенка.
- Ваш рассказ о ходе развития и обучения Вашего ребенка.
- Информацию о наблюдении за здоровьем Вашего ребенка и медицинской страховке.
- Информацию о местных ресурсах и программах, которые могут подойти Вашему ребенку или семье.

B. Если это обследование проводится в рамках программ Child and Teen Checkups (осмотр детей и подростков), Head Start, или другой подобной программы, оно может также включать следующее:
- Проверку нынешнего и прошлого состояния здоровья Вашего ребенка и членов семьи.
- Проверку пульса, дыхания и давления у ребенка.
- Обследование состояния кожи, головы, глаз, ушей, носа, горла, шеи, груди, сердца, легких, живота, половых органов, рук, ног, позвоночника и мускулатуры Вашего ребенка.
- Проверку зубов, десен и полости рта.
- Пробу на заражение туберкулезом.
- Анализ мочи.
- Анализ крови на анемию.
- Анализ крови на свинец.
- Другие проверки_____

Это обследование **не** заменяет регулярное наблюдение терапевтом и зубным врачом.

Права детей и родителей, обязанности и гарантии

1. Стандарты обследования одинаковы для всех детей, независимо от расовой принадлежности, дохода, вероисповедания, пола, национального происхождения и политических взглядов.
2. Это обследование - обязательное требование для поступления Вашего ребенка в подготовительный или первый класс государственной школы. Это требование считается выполненным, если Ваш ребенок проходил обследование в программе «Head Start», «Child and Teen Checkups» или подобной им программе в другом медицинском учреждении не более года назад. Результаты обследования нужно передать в администрацию Вашего школьного района.
3. Если Вы против обследования по религиозным или иным убеждениям, Ваш ребенок не обязан проходить его для поступления в подготовительный или первый класс.
4. Вы имеете право отказаться от любой части обследования Вашего ребенка, и Вам все равно будут предоставлены другие части.
5. Вы имеете право отказаться от направления Вашего ребенка на дополнительное обследование, диагностику и возможное лечение.
6. Ваш отказ от обследования или любой его части не скажется на праве Вашего ребенка на бесплатное медицинское обслуживание и другие медицинские, образовательные и социальные программы.

Я даю согласие на обследование здоровья и развития ребенка

Ниже отмечено для _____.
(Имя и фамилия ребенка)

Отметьте галочкой (√) один из пунктов
☐ Полное обследование, как описано выше в пунктах A и B.
☐ Вышеописанное обследование, за исключением _____.

Подпись родителя или опекуна	Дата	Степень родства с ребенком

MINNESOTA MDH DEPARTMENT of HEALTH
Minnesota Department of Education
Minnesota Department of Human Services