



**MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS**  
**Prekindergarten Program**  
**Title 1/Fee-Supported**  
**PREKINDERGARTEN SCREENINGS CONSENT**

School \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

The Miami-Dade County Public School System is conducting a preschool screening of vision, hearing, and speech. If you would like your child to participate in this screening, please sign this form, and enter your child's name and date of birth.

The results of this screening will be used to provide the best possible prekindergarten program for your child.

Child's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Parent's Phone Number \_\_\_\_\_

**I. HEARING SCREENING**

Needs further evaluation:

	1000	2000	4000	6000	8000
Right Ear					
Left Ear					

Yes  No

**II. VISION SCREENING**

**Wears Glasses**

Both Eyes	Right Eye	Left Eye

Yes  No

**NEEDS FURTHER EVALUATION:**

Yes  No

**CRITERIA**

Age 3      20/40  
 Age 4-5    20/30  
 Age 6 +    20/20

**III. SPEECH SCREENING**

Language:

- Appropriate
- Inappropriate

**NEEDS FURTHER EVALUATION:**

Yes  No

**Phonological Chart**

Age 3	b	p	m	h	n	w
-------	---	---	---	---	---	---

Age 4-5	k	g	t	d	f	y
---------	---	---	---	---	---	---

Age 6	n (sing)	r	l
-------	----------	---	---



# Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade

## Programa de Pre-Kindergarten

### Consentimiento Paterno para Hacer un Examen

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Durante el año de pre-kindergarten el Sistema de Escuelas Públicas administra un examen de la visión, audición y del lenguaje. Si usted quisiera que su hijo(a) a tome este examen, por favor firme este formulario, e incluya el nombre de su hijo(a) y su fecha de nacimiento.

Los resultados de este examen se utilizarán para proporcionar a su hijo(a) el mejor programa posible de pre-kindergarten.

Nombre del/de la \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
niño(a):

Firma del padre, la madre o tutor(a): \_\_\_\_\_

Teléfono del padre, la madre o tutor (a): \_\_\_\_\_

#### I. EXAMEN DE LA AUDICIÓN

	1000	2000	4000	6000	8000
Oído Derecho					
Oído izquierdo					

Necesita una evaluación adicional:  Sí  No

#### II. EXAMEN DE LA VISTA

##### Símbolo del Esquema

Ambos ojos	Derecho	Izquierdo

##### Lleva lentes

Sí  No

##### Criterio

Age 3      20/40  
Age 4-5    20/30  
Age 6 +    20/20

Necesita una evaluación adicional:

Yes  No

#### III. EXAMEN DEL LENGUAJE

##### Esquema Fonológico

Apropiado

Inapropiado

Necesita una evaluación adicional:

Sí  No

Edad 3      b p m h n w

Edad 4-5    k g t d f y

Edad 6      n (cantar) r l



# LEKÒL LETA MIAMI-DADE COUNTY

## PWOGRAM MATÈNÈL

### KONSANTMAN PARAN POU PITIT LI PRAN EGZAMEN

Non Lekòl la \_\_\_\_\_ Dat \_\_\_\_\_

Pandan ane lekòl matènèl la, Sistèm Lekòl Leta Miami-Dade County fè egzamen pou zye, zòrèy, e langaj pou elèv yo. Si w ta vle pou pitit ou patisipe nan pran egzamen sa yo, silvoulè siyen fòm sa a epi mete non timoun nan ak dat nesans li.

Y ap sèvi ak rezilta egzamen sa yo pou ofri pitit ou a yon meyè pwogram matènèl posib.

Non Timoun nan \_\_\_\_\_

Dat Nesans li \_\_\_\_\_

Siyati Paran an \_\_\_\_\_

Telefòn Paran an \_\_\_\_\_

#### I. EGZAMEN ZÒRÈY

	1000	2000	4000	6000	8000
Zòrèy Dwat					
Zòrèy Goch					

Li bezwen lòt evalyasyon:  Wi  Non

#### II. EGZAMEN ZYE

Tablo Senbòl

Toude Zye	Dwat	Goch

Li Pote Linèt

Wi  Non

Kritè

Laj 3            20/40  
Laj 4-5        20/30  
Laj 6 +        20/40

Li bezwen lòt evalyasyon:  Wi  Non

#### III. EGZAMEN LANGAJ

Langaj:

apwopriye

pa apwopriye

Li bezwen lòt evalyasyon:

Wi  Non

Tablo Fonolojik

Laj 3    b   p   m   h   n   w

Laj 4-5   k   g   d   t   f   y

Laj 6    n (sing) (chante) m r l