

# MEDARVA<sup>®</sup>

VISION & HEARING SCREENING

## Screening Consent Form

I give permission for my child to participate in the free vision and hearing screening program provided by the MEDARVA Foundation. I understand the following regarding this program:

1. There is no charge for my child to participate in this screening program.
2. Children under the professional care of vision or auditory specialists can still participate in this non-invasive screening.
3. The information obtained from this screening is preliminary only and does not constitute a diagnosis.
4. I will be contacted by the Screening Program or by my child's teacher, school administrators, or directors should my child be referred for further evaluations. The results of the screening will be discussed with my child's teacher or program director in order to make sure accommodations are made.
5. MEDARVA has permission to take photographs and use other types of media to document this program and the resulting photographs and other media may include your child's image. No personal information about your child will be released.
6. I will not hold MEDARVA Vision & Hearing Screening Program accountable for any errors of commission or omission.

**PLEASE PRINT**

Print Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School's Name: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: M F Age: \_\_\_\_\_

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

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

Phone Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

In what language do you wish to receive verbal/written communications? \_\_\_\_\_

Please visit [www.visionhearingscreen.com](http://www.visionhearingscreen.com) to learn more about our program.

Please check this box if you would like to opt-out of receiving communications from the MEDARVA Foundation:



LIKE US ON FACEBOOK @MEDARVAFOUNDATION

8700 Stony Point Parkway, Suite 100, Richmond, Virginia 23235 | (804) 545-0294 | [screening@medarva.com](mailto:screening@medarva.com) | [www.medarva.com](http://www.medarva.com)

Program made possible by the support of our sponsors:



WILLIAM H. |  
JOHN G. | FOUNDATION  
EMMA SCOTT |

## Hoja De Consentimiento Para Las Evaluaciones

La siguiente es para dar permiso para que mi hijo participe en el programa evaluativo de la visión y la audición provisto gratis por MEDARVA Fundación. Además, comprendo lo siguiente sobre este programa:

1. El programa de evaluaciones de la vista y la audición de mi hijo es completamente gratis.
2. Mi hijo puede participar en este chequeo no invasivo prescindiendo de que estuviese bajo el cuidado de un especialista del oído o de la vista.
3. La información recogida por esta evaluación es solo información preliminar y no debe considerarse como un diagnostico final.
4. De ser necesario mayores evaluaciones, recibiré información adicional ya sea del programa mismo, del maestro de mi hijo o de uno de los administradores o funcionarios escolares. Se le avisará al maestro de mi hijo o al director del programa a fin de hacer los ajustes necesarios.
5. MEDARVA tiene permiso para tomar fotografías y utilizar otros tipos de medios para documentar este programa y las fotografías resultantes y otros medios se pueden incluir la imagen de su hijo. No se divulgará información personal sobre su hijo.
6. No responsabilizaré al programa de evaluaciones de la visión y la audición de MEDARVA por cualquier falla cometida o por errores de omisión.

**FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE**

Nombre del padre/encargado: \_\_\_\_\_

Firma del padre/encargado: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere recibir información escrita/verbal? \_\_\_\_\_

Por favor visite [www.visionhearingscreen.com](http://www.visionhearingscreen.com) para obtener más información sobre nuestro programa.

Si prefiere no recibir información de MEDARVA Fundación, favor de marcar esta caja indicando su preferencia:



8700 Stony Point Parkway, Suite 100, Richmond, Virginia 23235 | (804) 545-0294 | [screening@medarva.com](mailto:screening@medarva.com) | [www.medarva.com](http://www.medarva.com)

Program made possible by the support of our sponsors:



WILLIAM H. |  
JOHN G. | FOUNDATION  
EMMA SCOTT |