



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

Phonological Chart

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

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

NEEDS FURTHER EVALUATION:

Yes No

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

Edad 3 b p m h n w

Edad 4-5 k g t d f y

Necesita una evaluación adicional:

Sí No

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