



TO: Parent/Guardian
 FROM: School Nurse
 RE: K-12 Student Hearing, Vision, and Dental Screening

Hearing, vision, and dental screenings are provided to all students in Blue Valley to identify issues that may interfere with learning and to comply with Kansas law (K.S.A 72-1205 Hearing Screening; K.S.A 72-5205 Vision Screening; K.S.A. 72-5201 Dental Screening). To comply with Kansas law (K.S.A. 72-6218 Student Data Privacy), parental consent is required for these screenings to be performed. Consent may be given once during initial enrollment or any time thereafter. Consent may be revoked at any time by a written request submitted to the school nurse. Notice of the annual screening will be made each year via the school newsletter. Hearing and vision screenings will be conducted in grades K, 1, 2, 3, 5, 7, and 10, and high school students who were not previously screened in 9th or 10th grade. In addition, students who have special needs may receive hearing and/or vision screening(s) annually as part of the IEP process. Per K.S.A. 72-5201, dental screenings are to be performed in all grade levels each year. The district will work with JCDHE and the Kansas Board of Oral Health to screen at as many schools as possible with the available volunteer dental hygienists.

The Blue Valley School District may use the following instruments to measure hearing and vision and conduct dental screening of students.

Hearing Screening:

For most students, the hearing screenings are completed using a traditional audiometer to ensure that hearing falls within normal ranges. However, with some students, the screening may also include a nurse or audiologist who will perform a visual examination of the ear with an otoscope (a flashlight used to look into the ear), tympanometry (to check the condition of the middle ear), and/or otoacoustic emissions (OAEs), a non-invasive screening test that is most often used in newborns or those unable to tolerate conventional hearing screenings. Following the screening, parents will receive a letter with the results.

Vision Screening:

For most students, we use traditional vision and depth perception charts. For students who experience difficulty with these charts, we may use the Spot Vision Screener instrument that can identify various common vision issues. Parents will be notified regarding the results of this evaluation, along with a printed, detailed report if any concerns are identified.

Dental Screening:

The dental screening will consist of an inspection and/or need for dental work. A trained dental professional will use gloves, a flashlight, and tongue depressor. A report and care recommendations will be sent home with the student. No dental work, other than the inspection, will be performed.

Please contact the school nurse by phone or email with questions about the process and/or equipment used in hearing, vision, or dental screenings. If you do not have any additional questions, please complete and return the permission slip below.

Please complete and return this portion to School Nurse

Name of Student _____ Grade _____

- I give permission for my child to receive the hearing and vision screenings using the audiometer, otoscope, tympanometer, otoacoustic emission, vision evaluation measures, and Spot Vision Screener as required by Kansas law.
- I give permission for my child to receive dental screening using gloves, tongue depressor, and flashlight in grades K-12 if offered in my child’s school.
- I **do not** give permission for my child to receive hearing and vision screenings.
- I **do not** give permission for my child to receive dental screening. My child receives annual dental screenings through a dental health provider.
- I **do not** give permission for my child to receive dental screening for personal reasons

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

PARA: Padres/Tutores



DE: Enfermera Escolar
 RE: Examen de Audición, Visión y Dental para Estudiantes Nuevos

Se proporcionan exámenes de visión, audición y dentales a todos los estudiantes en Blue Valley para identificar problemas que puedan interferir con el aprendizaje y para cumplir con los Reglamentos de Kansas (K.S.A. 72-1205 Examen de Audición; K.S.A. 72-5205 Examen de Visión; K.S.A. 72-5201 Examen Dental). Para cumplir con los Reglamentos de Kansas (K.S.A. 72-6218 Privacidad de los Datos de los Estudiantes), se requiere el consentimiento de los padres para que se lleven a cabo estos exámenes. El consentimiento se puede dar una vez durante la inscripción inicial o en cualquier momento después. El consentimiento se puede revocar en cualquier momento mediante una petición por escrito presentada a la enfermera de la escuela. Enviaremos el aviso de examinación anual todos los años por medio del boletín escolar. Las evaluaciones de detección de la audición y la visión se llevan a cabo en los grados de jardín de infantes, 1, 2, 3, 5, 7, 10 y en estudiantes de escuela secundaria a quienes no se les ha realizado una evaluación de detección en 9.º o 10.º grado previamente. Además, los estudiantes que tienen necesidades especiales pueden recibir exámenes de audición y/o exámenes de la visión anualmente como parte del proceso del IEP. De acuerdo con K.S.A. 72-5201, los exámenes dentales deben realizarse, cada año, a los niños en todos los grados escolares. El distrito trabajará con JCDHE y la Junta de Salud Bucal de Kansas (Kansas Board of Oral Health) para realizar estos exámenes en tantas escuelas como sea posible con los higienistas dentales voluntarios que estén disponibles. El Distrito Escolar de Blue Valley podría usar los siguientes instrumentos para medir la audición y visión y llevar a cabo el examen dental de los estudiantes.

Examen de la Audición:

Para la mayoría de los estudiantes, el examen de audición se completa usando un audiómetro tradicional para asegurar que la audición esté en los rangos normales. Con algunos estudiantes, sin embargo, el examen puede también incluir que una enfermera o un audiólogo lleven a cabo un examen visual del oído con un otoscopio (una linterna utilizada para mirar en el oído), timpanometría (revisar el estado del oído medio), y/o otoemisiones acústicas (OAEs), una prueba de detección no invasiva que se utiliza con mayor frecuencia en los recién nacidos o en personas que no son capaces de tolerar los exámenes de audición convencionales. Después del examen, los padres recibirán una carta con los resultados.

Examen de la Visión:

Para la mayoría de los estudiantes normalmente usamos carteles tradicionales de la visión y percepción de la profundidad. Para los estudiantes que tienen dificultad con estos carteles, podríamos utilizar el instrumento Evaluador del Punto de Visión que puede identificar una variedad de problemas comunes de la visión. Los padres serán notificados de los resultados de esta evaluación, junto con un informe detallado impreso si se identifica alguna preocupación.

Examen Dental:

El examen dental consistirá en una inspección para detectar la presencia y/o necesidad de un trabajo dental. Solo se utilizarán guantes, linterna y un depresor lingual por un profesional dental capacitado y se enviará al hogar con el estudiante un informe y recomendaciones de cuidado. No se realizará ningún trabajo aparte de la inspección.

Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela, ya sea por teléfono o correo electrónico si tiene preguntas sobre el proceso y/o equipo utilizado en los exámenes de audición, visión y dental. Si no tiene preguntas adicionales, por favor complete y devuelva el formulario de permiso a continuación

Por favor complete y devuelva esta porción a la enfermera de la escuela

Nombre del estudiante		Grado	
-----------------------	--	-------	--

- Doy permiso para que mi hijo reciba los exámenes de visión y audición utilizando el audiómetro, otoscopio, timpanómetro, otoemisión acústica, medidas de evaluación de la visión y el Evaluador de Punto de Visión según lo exigido por los Reglamentos de Kansas.
- Doy permiso para que mi hijo reciba el examen dental siempre y cuando el profesional de salud bucal use guantes, bajalenguas y linterna desde los grados de K a 12, en caso de que se ofrezca este servicio en la escuela de mi hijo.
- No** doy permiso para que mi hijo reciba los exámenes de visión y audición.
- No** doy permiso para que mi hijo reciba el examen dental. Un proveedor de salud dental le proporciona exámenes dentales a mi hijo de forma anual.
- No** doy permiso para que mi hijo reciba un examen dental por motivos personales.

Firma del Padre/Tutor		Fecha	
-----------------------	--	-------	--

