

CONROE SERVICE LEAGUE

Hearing Screening

Child/Student Consent Form

Name of Child: _____ Birthday: ___/___/___ Age: ___

School: _____

I am the parent and/or legal guardian of this/my child. I have requested a free hearing screening from the Conroe Service League. I understand that the purpose of the hearing screening is merely to identify potential risks for hearing problems and not to diagnose or treat any hearing problems. I understand that any communication during the hearing screening is not intended as medical advice or treatment from the screener who conducts the screening, nor any member of, or anyone working in concert with, the Conroe Service League. If any potential risk for hearing problems is identified during the child's screening, I understand that I am solely responsible for seeking out a complete and comprehensive hearing exam from a licensed hearing doctor of my choosing. In consideration of the performance of the free hearing screening that this child receives, I, for myself, my heirs, personal representatives, and anyone claiming by or through me, release, hold harmless and indemnify, the Conroe Service League, its members, agents, servants, employees, successors and assigns from any losses, costs, damages or claims (including court costs and attorney's fees) arising out of or in any way associated with the hearing screening or any hearing problems this/my child may have.

Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

CONROE SERVICE LEAGUE

Detección Auditiva

Forma de Consentimiento

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___

Escuela/Colegio: _____

Yo soy el padre o guardian legal de este/mi estudiante/hijo. He pedido una prueba de audicion de parte del Conroe Service League sin algun costo a mi. Entiendo que el proposito de la prueba de audicion es simplemente para indentificar los riesgos potenciales para los problemas de audicion, y no para diagnosticar o tartar cualquier problema de audicion. Entiendo que cualquier comunicacion durante el examen no se piensa como consejo medico o tratamiento que lleva a cabo la proyeccion de parte de los miembros de Conroe Service League o de la persona que trabaje o realiza el examen. Si cualquier riesgo potencial de las problemas de audicion se identificara durante el examen, yo entiendo que yo soy el unico responsable de buscar un examen de audencion completo y comprensivo de un medico con licencia de audencia. En consideracion de esta prueba de audencion gratis que recibira este/mi estudiante/hijo, que yo, mi mismo, mis herederos, representantes personales, y cualquier persona reclamando por o a traves de mi, dara a conocer y e indemnizara el Conroe Service League, sus miembros, sucesores y asignados de cualquier perdida/o, costo, danos o reclamacioes (incluyendo los costos de corte y abogados) que surja de o de algun manera asociada con la deteccion auditiva o cualquier problema que este/mi hijo podria tener.

Nombre de Padre/Guardian: _____

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____