



VALLEY VIEW INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

PARENTAL CONSENT FOR HEALTH CARE SERVICES AT NURSE'S OFFICE IN SCHOOL

2025-2026

Valley View ISD Health Services envisions a school-learning environment where all students are healthy, safe, ready to learn, and prepared to make healthy lifelong choices. School nurses provide health care services to students within an educational setting, focusing on promoting wellness, preventing illness, and managing acute and chronic health conditions to reduce absenteeism at school.

Senate Bill (SB) 12 has brought along changes in the Education setting regarding Health Care Services to students at school. In order for Nursing staff to provide any health care service, medication, routine care or procedure at school, consent (on the form below) must be obtained from the student's parents or guardians every school year.

These services may include, but are not limited to:

- Physical Assessment and state mandated screenings
- First aid in case of injury
- Management of symptoms from acute or chronic health conditions
- Medication administration (medication needs to be provided by parents & sign the authorization form)
- Routine care including helping with hygiene and toileting
- Medical procedures ordered by health care providers with parent's consent

All health information and services provided to students will be documented and kept confidential in accordance with HIPAA and FERPA regulations. Parents/guardians will be contacted for any concerns. The assessment or screenings by Nursing staff are not diagnostic but are intended to identify potential concerns or health issues requiring further evaluation by a healthcare provider.

Please, call your school nurse if you have questions or need additional information.

Student's Name: _____ DOB: _____

School / Campus: _____ Grade: _____

Please check one of the following:

_____ Yes, I give my child permission to receive health care services by the Nursing staff.

_____ No, I do NOT give my child permission to receive health care services by the Nursing staff.

Parent's Signature

Date



VALLEY VIEW INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

PARENTAL CONSENT FOR HEALTH CARE SERVICES AT NURSE'S OFFICE IN SCHOOL

2025-2026

Los Servicios de Salud del Distrito Escolar visualizan un entorno de aprendizaje escolar donde todos los estudiantes se sientan sanos, seguros, listos para aprender y preparados para tomar decisiones saludables a lo largo de su vida. Las enfermeras escolares brindan servicios de atención médica a los estudiantes dentro de un entorno educativo, enfocándose en promover el bienestar, prevenir y controlar enfermedades agudas y crónicas para reducir el ausentismo escolar.

El Proyecto de Ley del Senado (SB) 12 ha introducido cambios en el entorno educativo con respecto a los servicios de atención médica para los estudiantes en la escuela. Para que el personal de enfermería brinde cualquier servicio de atención médica, incluyendo medicamentos, chequeos de rutina o procedimientos, se debe obtener el consentimiento de los padres o tutores del estudiante al inicio del año escolar. Estos servicios pueden incluir, entre otros:

- Evaluación física y evaluaciones estatales obligatorias
- Primeros auxilios en caso de una lesión o accidente
- Manejo de síntomas de problemas de salud agudos o crónicos
- Administración de medicamentos (debe ser proporcionado por los padres y firmar el formulario de autorización)
- Atención de rutina, incluyendo ayuda con la higiene y el uso del baño
- Procedimientos médicos ordenados por profesionales de la salud con el consentimiento de los padres.

Toda la información y los servicios de salud proporcionados a los estudiantes se documentará y se mantendrán confidenciales de acuerdo con las regulaciones HIPAA y FERPA. Se contactará a los padres/tutores si tienen alguna inquietud. Las evaluaciones realizadas por el personal de enfermería no son para diagnóstico, sino que están destinadas a identificar posibles problemas de salud que requieran una evaluación adicional por parte de un profesional de la salud.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela/Campus: _____

Marque una de las siguientes opciones:

_____ Sí, autorizo a mi hijo/a a recibir servicios de atención médica del personal de enfermería.

_____ No, NO autorizo a mi hijo/a a recibir servicios de atención médica del personal de enfermería.

Firma del Padre/tutor

Fecha