

### **Aviso de consentimiento para servicios relacionados con la salud escolar**

Este formulario debe ser firmado y devuelto a la Sra. Kim Oliver El consentimiento otorgado a través de este formulario es efectivo durante el año escolar actual a menos que se revoque antes.

De acuerdo con la ley, el Distrito debe proporcionar a los padres un aviso por escrito de cada servicio relacionado con la salud en la escuela que se ofrece en el campus al que asiste su hijo. Estos servicios de rutina promueven la seguridad, el bienestar y la preparación para aprender de los estudiantes. Los Servicios pueden ser proporcionados por personal escolar calificado, incluidas enfermeras y entrenadores deportivos. Este consentimiento no reemplaza un plan de salud individualizado, un plan 504 u otro documento legalmente requerido.

Un padre tiene derecho a negar el consentimiento o rechazar cualquier servicio relacionado con la salud.

#### **Servicios de rutina relacionados con la salud que se pueden proporcionar en el campus de su hijo:**

- Primeros auxilios y evaluación de lesiones
- Administración de medicamentos de venta libre de acuerdo con la ley
- Administración de medicamentos recetados de acuerdo con la ley
- Monitoreo de una condición de salud crónica (p. ej., asma, diabetes)
- Detección de visio, audición y escoliosis
- Evaluación bajo la influenza
- Detección de piojos
- Detección de acantosis
- Apoyo durante la enfermedad o los síntomas físicos en la escuela
- Coordinación de los servicios de salud
- Prevención de enfermedades de salud y apoyo a lesiones para estudiantes atletas

Cualquier servicio adicional relacionado con la salud que el campus pueda creer que es necesario y apropiado requerirá un consentimiento por escrito por separado y la participación de los padres, a menos que sea durante una emergencia o según lo permita la ley.

Consentimiento de los padres para servicios relacionados con la salud:

(Por favor, imprima)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nivel de grado actual: \_\_\_\_\_

Campus: \_\_\_\_\_

☐ Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios rutinarios de salud escolar durante el año escolar 2025-2026. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por escrito.

☐ NO doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios rutinarios de salud escolar durante el año escolar 2025-2026. Entiendo que me contactarán en caso de emergencia o cuando surjan problemas de salud.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Puede encontrar información adicional relacionada con el bienestar estudiantil, el bienestar y los servicios de salud en las siguientes políticas del board: