



**CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA SERVICIOS DE SALUD**  
***AÑO ESCOLAR 2023-2024***

01 Agosto 2023

Estimado Padre/Madre/Tutor(a) de: \_\_\_\_\_

El Estado de Florida promulgó recientemente el Estatuto 1014.06 (Carta de Derechos de los Padres: Consentimiento Parental para Servicios de Salud). Ahora las Escuelas deben tener el consentimiento de los padres de familia para brindar servicios de salud a los alumnos menores de edad. Esto significa que los servicios rutinarios que antes se brindaban (como ofrecer compresas de hielo o curitas o tomar la temperatura) sólo se pueden brindar si la Escuela tiene este formulario firmado por el padre, madre o tutor(a) del alumno(a). El Distrito Escolar deberá contar con su consentimiento para que el personal de la Clínica Escolar pueda brindar servicios de salud generales, incluyendo sin limitarse a lo que son curitas, compresas de hielo, gasas para tapar heridas, cremas para aliviar picazón (como calamina), etc.

**Aviso: Hasta tanto la Escuela no reciba este consentimiento, el personal docente, clínico y administrativo no podrá ofrecer curitas, compresas de hielo ni otros servicios para tratar heridas o malestares menores. Se requiere este Formulario de Consentimiento firmado antes de brindar tratamiento.**

Si la Escuela no cuenta con este Consentimiento y su hijo(a) busca atención en la Clínica Escolar, usted será notificado(a) para que recoja a su hijo(a) si parece estar enfermo(a) o indispuesto(a) o requiere recibir primeros auxilios.

Favor de tener presente que, de acuerdo con las Políticas de la Junta de Educación, el personal escolar podrá llamar al 9-1-1 y brindar atención de emergencia en caso de un accidente, lesión o enfermedad grave, aun cuando el expediente del alumno(a) no contenga este Formulario de Consentimiento.

Tenga presente también que se requiere de un consentimiento adicional y/o receta médica para que la Escuela pueda administrar medicamentos y ciertos procedimientos médicos.

---

***Favor de indicar su consentimiento al marcar el 'Sí' abajo, firmar este formulario y entregarlo a la maestra(o) de su hijo(a).***

\_\_\_\_\_ Sí, doy mi consentimiento para que el personal escolar brinde servicios generales y tratamiento, incluyendo sin limitarse a lo que son curitas, compresas de hielo, gasas para tapar heridas, cremas para aliviar picazón (como calamina), etc.

Nombre del Alumno(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

---

Nombre del Padre/Madre/Tutor(a)      Firma del Padre/Madre/Tutor(a)      Fecha