

# Formulario de Exclusión Voluntaria del Examen de Salud Mental para estudiantes del Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay



(Complete un formulario para cada niño de su familia, SOLO si desea optar por no participar. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios Estudiantiles del Distrito al 920-448-7377)

Nombre legal del estudiante : \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

El bienestar positivo de un niño contribuye a su capacidad para lograr los máximos resultados educativos y socioemocionales. Por lo que se entiende la importancia de la salud mental, el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay administrará evaluaciones de detección para promover la identificación e intervención temprana para apoyar el bienestar de los estudiantes. La evaluación es un proceso para identificar a los estudiantes en riesgo de desarrollar problemas mentales y de comportamiento. El objetivo de la detección es generar información nueva y útil para que los estudiantes puedan recibir un mejor servicio en las intervenciones que previenen o mitigan los desafíos de salud mental y promueven la resiliencia. Las herramientas de detección no están destinadas a dar como resultado un diagnóstico. La participación en la detección es completamente voluntaria y confidencial. Si existe una preocupación potencial basada en los criterios de calificación de la herramienta, el personal de la escuela se asociará con los padres para discutir los resultados y se desarrollará un plan de seguimiento que incluya la vinculación con los recursos de la comunidad según se considere apropiado. Se utilizarán tres herramientas de detección diferentes como se describe a continuación:

- Como parte del programa de prevención del suicidio que se imparte en el aula de salud, la **Evaluación breve para la depresión adolescente (BSAD, siglas en inglés)** es una autoevaluación para detectar la depresión y el riesgo de suicidio.
- Según se determine que es beneficioso para la vinculación con los recursos / nivel de apoyo apropiados, el **Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ, siglas en inglés)** se administrará a los estudiantes que ya están recibiendo apoyo del personal de servicios estudiantiles.
- Para aquellos estudiantes que presenten un problema de seguridad, se administrará la **Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS, siglas en inglés)** para evaluar el nivel de riesgo.
- Según la Política 443.4, los estudiantes con una infracción relacionada a alcohol/drogas recibirán apoyo utilizando un programa basado en evidencia que incluye un evaluador que incorpora **CRAFFT (siglas en inglés para Carro, Relajate, Olvidalo, Amigos, Dificultad)**.

No se requiere que los estudiantes participen en la evaluación confidencial. Los padres /apoderado legales que deseen que su hijo no participe en la evaluación de salud mental del Distrito deben completar el formulario a continuación y devolverlo a la oficina de la escuela de su hijo antes del 10 de septiembre de 2024, o dentro de los catorce días posteriores a la inscripción de su hijo en el Distrito, lo que tome lugar más recientemente. Si elige excluirse a continuación, sólo se aplicará para el año escolar 2024-25 o hasta que el Distrito emita el formulario de exclusión voluntaria posterior, lo que ocurra más tarde.

Devuelva este formulario **SÓLO** si **NO** desea que su hijo participe en ningún esfuerzo de detección de salud mental. Si no se completa este formulario, se considerará que está permitiendo que su estudiante participe en los esfuerzos de detección de salud mental del Distrito.

## Elija la opción a continuación si no desea que su hijo participe en un examen de salud mental

\_\_\_ **Opción MHS-AII. NO doy permiso** al Distrito para administrar NINGÚN examen de salud mental a mi hijo.

\_\_\_ **Opción MHS-A. NO doy permiso** al Distrito para administrar la Prueba Breve de Depresión Adolescente (BSAD) a mi hijo.

\_\_\_ **Opción MHS-B. No doy permiso** al Distrito para administrar el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) a mi hijo.

\_\_\_ **Opción MHS-C. NO doy permiso** al Distrito para administrar el Cuestionario de la Escala de Clasificación de Severidad del Suicidio de Columbia (C-SSRS) a mi hijo a mi hijo.

\_\_\_ **Opción MHS-D. NO doy permiso** al Distrito para administrar el cuestionario Carro, Relajate, Olvidalo, Amigos, Dificultad (CRAFFT) a mi hijo.

**¡Alto! No firme abajo a menos que haya leído y entendido la selección hecha arriba.**

Firma del padre / apoderado legal

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_