



Consentimiento de los padres/tutores para recibir servicios de salud escolar

Según lo exige la nueva Ley Estatal de Tennessee (TCA 63-1-173), Ley de Derechos y Responsabilidades de las Familias, los padres/tutores deben dar su consentimiento para que su hijo reciba servicios de salud que no sean de emergencia (servicios de enfermería escolar) y/o servicios de salud mental. servicios en la escuela. Los estudiantes cuyos padres no den su consentimiento recibirán atención en caso de emergencia (hasta que llegue el servicio de emergencias médicas), pero no podrán ver a la enfermera de la escuela para recibir atención de rutina, como cuidado de heridas de rutina, hemorragias nasales, aplicación de bolsas de hielo, temperatura. controles, medicamentos tópicos, evaluación de enfermedades, etc. Sin el consentimiento, los estudiantes tampoco podrán ver a los trabajadores sociales de la escuela por problemas de salud mental que puedan surgir mientras están en la escuela.

Nota importante: Si no da su consentimiento para que su hijo reciba servicios básicos de salud y servicios de salud mental, debe llegar a la escuela dentro de los 60 minutos posteriores a la notificación de la escuela para realizar una evaluación y tratamiento de cualquier enfermedad o lesión de su hijo. Si no llega dentro de los 60 minutos, se deberá llamar al servicio de emergencias médicas si el tratamiento es médicamente necesario. Cualquier servicio proporcionado por EMS que sea facturable y requiera pago será responsabilidad financiera de los padres.

Nombre completo del estudiante: _____

Grado: _____ **Escuela:** _____

Mi hijo tiene permiso para recibir servicios de salud de rutina y servicios de salud mental de la enfermera de la escuela u otras personas que actúan en nombre del sistema escolar para servicios de salud básicos. Todos los servicios proporcionados estarán dentro del alcance del profesional autorizado que proporciona los servicios.

_____ **Sí** , mi hijo puede recibir servicios de salud de rutina y servicios de salud mental.

_____ **No** , mi hijo no puede recibir servicios de salud de rutina ni servicios de salud mental. Al seleccionar no, acepto estar en la escuela dentro de los 60 minutos posteriores a la notificación para evaluar y tratar a mi hijo.

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____