

**SÓLO REGRESAR SI EL ESTUDIANTE OPTA
POR NO PARTICIPAR**



**SÓLO REGRESAR SI EL ESTUDIANTE OPTA
POR NO PARTICIPAR**

_____Padres y tutores:

(Nombre de escuela)

Para cumplir con el mandato educativo sobre VIH/SIDA de Oklahoma, **las Escuelas Públicas de Tulsa** brindarán educación sobre inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) a estudiantes de **6to grado**, aprobada por el Departamento de Salud del Estado de Oklahoma para precisión médica. Esta es una clase educativa única que se llevará a cabo el _____.

(Fecha)

La información proporcionada en esta clase será impartida por educadores capacitados aquí en **las Escuelas Públicas de Tulsa en el Departamento de Salud y Bienestar**.

La educación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) cubrirá la siguiente información:

- Límites y consentimiento
- Sistema inmunológico
- Virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Transmisión
- Prevención

El objetivo de la educación sobre el VIH/SIDA es que los estudiantes reciban información médicamente precisa que les permita tomar decisiones que reduzcan su riesgo de infectarse con el VIH.

La participación de los estudiantes es voluntaria y confidencial. Si el estudiante participa o no en educación sobre VIH/SIDA es decisión de sus padres o tutores. La calificación en el aula de su estudiante no se verá afectada si no participa en la educación. Los padres y tutores tienen la opción de excluir a sus estudiantes de esta educación.

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a:

Health Education

Tulsa Public Schools

TPSHealthEducation@tulsaschools.org

Para más información, visite:

www.tulaschools.org/healtheducation

Esté atento a la información que le envíen sobre la Noche de información general para padres, en la que podrá ver la presentación y hacer preguntas.

Si usted **NO** desea que su hijo participe en educación sobre VIH/SIDA, firme y devuelva este formulario a la enfermera de la escuela.

Mi hijo, _____, **NO PUEDE** participar en el programa.

(Nombre del estudiante)

(Firma del padre/tutor)

(Fecha)

(Nombre del maestro)

(Número del estudiante)

Spanish