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

Efectivo para el año escolar 2025–2026

Información sobre estudiante y escuela

Nombre del estudiante: _____ **Número de estudiante:** _____

Campus: _____ **Grado:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Propósito

De acuerdo con la ley, el Distrito debe notificar por escrito a los padres sobre cada servicio de salud escolar que se ofrece en el campus. Estos servicios rutinarios promueven la seguridad, el bienestar y la preparación para el aprendizaje de los estudiantes. Los servicios pueden ser proporcionados por personal escolar calificado, enfermeras y entrenadores deportivos. Este consentimiento no sustituye un plan de salud individualizado, un plan 504 ni ningún otro documento legalmente requerido.

Los servicios pueden incluir:

- Primeros auxilios
- Evaluación de enfermería
- Exámenes de visión y audición (realizados por la enfermera o la Liga de Servicios)
- Exámenes de salud (escoliosis, acantosis, dental y piojos)
- Higiene personal
- Formación en enfermería
- Administración de medicamentos según las directrices del distrito y con el consentimiento de los padres
- Monitoreo de condiciones de salud (p. ej., alergias, asma, diabetes, convulsiones)
- Apoyo durante enfermedades con síntomas físicos y emocionales
- Coordinación y colaboración con los servicios de salud

Exclusión voluntaria

- Los padres pueden rechazar o revocar el consentimiento para los servicios de salud en cualquier momento mediante notificación por escrito.
- Los padres no pueden optar por no participar en las respuestas de emergencia, evaluaciones de amenazas ni en otras acciones legalmente requeridas.

Elección por consentimiento (Elija una)

☐ **SÍ –** Doy mi consentimiento para que Barbers Hill ISD brinde servicios de salud escolar a mi hijo
☐ **NO** –No doy mi consentimiento para que Barbers Hill ISD brinde servicios de salud escolar a mi hijo.

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

Firma: _____ **Fecha:** _____