



## RAISE THE GRADE

### Aviso y Consentimiento para Servicios Escolares Relacionados con la Salud

Este formulario debe ser firmado y devuelto a \_\_\_\_\_ (nombre o cargo). El consentimiento otorgado a través de este formulario es válido durante el año escolar actual a menos que se revoque antes.

De acuerdo con la ley, el distrito debe proporcionar a los padres un aviso por escrito de cada servicio relacionado con la salud escolar ofrecido en el plantel que asiste su hijo. Estos servicios de rutina promueven la seguridad, el bienestar y la preparación para el aprendizaje del estudiante. Los servicios pueden ser proporcionados por personal escolar calificado, incluidos enfermeras y entrenadores atléticos. Este consentimiento no sustituye un plan de salud individualizado, un plan 504 u otro documento legalmente requerido.

Un padre tiene derecho a retener o rechazar cualquier servicio relacionado con la salud.

### Servicios de Rutina Relacionados con la Salud Proporcionados en el Plantel de su Hijo:

- Primeros auxilios y evaluación de lesiones
- Administración de medicamentos de venta libre de acuerdo con la ley
- Administración de medicamentos recetados de acuerdo con la ley
- Monitoreo de condiciones de salud crónicas (ej., asma, diabetes)
- Exámenes de visión, audición y escoliosis
- Evaluación por influencia de sustancias
- Revisión de piojos
- Detección de acantosis
- Apoyo durante enfermedad o síntomas físicos en la escuela
- Coordinación de servicios de salud
- Prevención de trastornos relacionados por calor y apoyo en lesiones para estudiantes atletas.

Cualquier servicio adicional relacionado con la salud que el plantel considere necesario y apropiado requerirá un consentimiento escrito por separado y la participación de los padres, excepto en casos de emergencia o según lo permita la ley.

### Consentimiento de los Padres para Servicios Relacionados con la Salud: (Favor escriba en letra clara)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado actual: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

☐ Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios escolares de salud de rutina durante el año escolar 2025–2026.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por escrito.

☐ NO doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios escolares de salud de rutina durante el año escolar 2025–2026.

Pero entiendo que seré contactado(a) en emergencias o cuando surjan problemas de salud.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Información adicional relacionada con el bienestar del estudiante, los servicios de salud y el bienestar puede encontrarse en las siguientes políticas de la mesa directiva:

FFA — Bienestar del Estudiante: Servicios de Salud y Bienestar

- FFAA — Servicios de Salud y Bienestar: Exámenes Físicos
- FFAB — Servicios de Salud y Bienestar: Vacunaciones
- FFAC — Servicios de Salud y Bienestar: Tratamiento Médico
- FFAD — Servicios de Salud y Bienestar: Enfermedades Transmisibles
- FFAE — Servicios de Salud y Bienestar: Centros de Salud Escolares
- FFAF — Servicios de Salud y Bienestar: Planes de Cuidado