

Aviso y Consentimiento para Servicios de Salud Escolar

Este formulario debe ser firmado y devuelto a la CLÍNICA DE SALUD DE WEST RUSK ISD. El consentimiento otorgado mediante este formulario estará vigente 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 que se ofrezca en el campus que su hijo asiste. Estos servicios de rutina promueven la seguridad del estudiante, el bienestar y la preparación para aprender. Los servicios son proporcionados por personal escolar calificado, incluidas enfermeras y entrenadores atléticos. Este consentimiento no sustituye un plan de educación individualizado (IEP), plan 504 u otro documento legalmente requerido. El padre tiene derecho a negar el consentimiento o rechazar cualquier servicio relacionado con la salud.

Servicios de Salud de Rutina Proporcionados en el Campus de su Hijo:

- Educación en salud para estudiantes y tutores
- Primeros auxilios, evaluación de lesiones, atención en caso de enfermedad
- Monitoreo y manejo de condiciones crónicas de salud (p. ej., asma, diabetes, epilepsia, alergias)
- Detección de visión, audición, escoliosis y acantosis nigricans
- Evaluación bajo influenza
- Detección de piojos
- Servicios de salud mental, primeros auxilios en crisis e intervenciones, transferencia de servicios al departamento de consejería
- Apoyo durante enfermedades o síntomas físicos en la escuela
- Coordinación de servicios de salud, referencias a servicios comunitarios, abordaje de barreras de salud para el aprendizaje
- Prevención de enfermedades relacionadas con el calor y apoyo de lesiones en atletas estudiantiles

Cualquier servicio adicional de salud escolar que el campus considere necesario y apropiado requerirá consentimiento separado e involucramiento parental, a menos que sea en una EMERGENCIA o permitido por la ley.

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (CON RECETA O DE VENTA LIBRE) DEBE COMPLETARSE POR SEPARADO EN UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Consentimiento Parental para Servicios de Salud Escolar:

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____ Campus: _____

Consiento 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 consiento que mi hijo reciba servicios escolares de salud de rutina durante el año escolar 2025–2026. Si rechazo el consentimiento, mi hijo no recibirá servicios de salud excepto en casos de emergencias inmediatas que amenacen la vida.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

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

- FFA — Bienestar y Servicios de Salud Estudiantil
- FFAA — Bienestar y Servicios de Salud: Exámenes Físicos
- FFAB — Bienestar y Servicios de Salud: Inmunizaciones
- FFAC — Bienestar y Servicios de Salud: Tratamiento Médico
- FFAE — Bienestar y Servicios de Salud: Enfermedades Transmisibles
- FFAF — Bienestar y Servicios de Salud: Centros de Salud en la Escuela
- FFAF — Bienestar y Servicios de Salud: Planes de Cuidado