



Formulario de consentimiento anual del Distrito Escolar Independiente de Kennedale para servicios de salud estudiantiles de rutina

(Cumplimiento de la SB 12 - Servicios relacionados con la salud física y mental)

Nombre

Nombre de pila

Apellido

Calificación

Nombre del padre/tutor

Teléfono/Correo electrónico

Según lo permite la SB 12, solicitamos su consentimiento anual para que su hijo reciba servicios de rutina relacionados con la salud física y mental en la escuela por parte de personal escolar calificado, incluidos enfermeros, entrenadores deportivos, consejeros y otros profesionales de la salud.

Este consentimiento promueve el acceso oportuno y equitativo a la atención que promueve la seguridad, el bienestar y la preparación para el aprendizaje de los estudiantes. El consentimiento es válido durante todo el año escolar, a menos que usted decida revocarlo por escrito.

Ejemplos de servicios de rutina que pueden proporcionarse:

Servicios de salud física (por enfermeras escolares o entrenadores deportivos):

Primeros auxilios y evaluación de lesiones

Administración de medicamentos de venta libre según la política escolar

Monitoreo de condiciones de salud crónicas (por ejemplo, asma, diabetes)

Exámenes de visión, audición y escoliosis

Apoyo durante enfermedades o síntomas físicos en la escuela

Prevención de enfermedades por calor y apoyo para lesiones de estudiantes atletas

Lo que este consentimiento no incluye:

Diagnóstico médico o psicológico formal
Administración de medicamentos recetados sin la debida autorización
Terapia o tratamiento en curso que requiere notificación a los padres según la ley

Estas actividades requerirán el consentimiento escrito por separado y la participación de los padres, a menos que se trate de una emergencia o de circunstancias legalmente exentas.

Opciones actuales (seleccione una) *

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo/a reciba servicios rutinarios de salud física y mental en la escuela durante el año escolar 2025-2026. Entiendo que este consentimiento puede revocarse en cualquier momento por escrito.
- NO doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios rutinarios de salud física y mental en la escuela. Entiendo que se me contactará en caso de emergencia o cuando surjan problemas de salud que requieran la participación de los padres.

Expresiones de gratitud:

Este formulario garantiza el cumplimiento de la Ley SB 12 al documentar el consentimiento anual de los padres.

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al personal de salud o de consejería escolar.
La privacidad de mi hijo/a estará protegida de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Reconozco que al escribir mi nombre a continuación, autorizo que éste se utilice como mi firma electrónica *

Doy mi consentimiento

Nombre del padre *

Nombre de pila

Apellido

Fecha *

 

Fecha

Entregar