

Proyecto de ley 12 del Senado: Permiso para servicios de salud escolar

Aviso y consentimiento para servicios relacionados con la salud escolar

Este formulario debe firmarse y devolverse a **Lumberton ISD antes del 1 de septiembre de 2025**. El consentimiento otorgado a través de este formulario es efectivo durante el año escolar actual a menos que se revoque antes.

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 al que asiste su hijo. 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 cualificado, como enfermeras y entrenadores deportivos. Este consentimiento no sustituye un plan de salud individualizado, un plan 504 ni ningún otro documento legalmente requerido.

Un padre tiene el derecho de negar el consentimiento o rechazar cualquier servicio relacionado con la salud.

Servicios de salud de rutina proporcionados en el campus 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
- Seguimiento de enfermedades crónicas (por ejemplo, asma, diabetes)
- Exámenes de visión, audición y escoliosis
- Evaluación bajo la influenza
- Prueba de detección de piojos
- Apoyo durante enfermedades o síntomas físicos en la escuela
- Coordinación de servicios de salud
- Prevención de enfermedades causadas por el calor y apoyo a lesiones para estudiantes deportistas

Cualquier servicio adicional relacionado con la salud que el campus considere necesario y apropiado requerirá el consentimiento escrito por separado y la participación de los padres, a menos que sea durante una emergencia o según lo permita la ley.

Si no se firma, los servicios de salud del campus de su hijo seguirán disponibles para su participación hasta que se indique lo contrario o se revoque el consentimiento de los padres.

Nombre del alumno

No. de ID del alumno

Grado del alumno

Clase del alumno

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de salud escolares rutinarios durante el año escolar 2025-2026. Entiendo que se comunicarán conmigo en caso de emergencia o cuando surjan problemas de salud.

*

- ☐ Sí
- ☐ NO

Entiendo que este consentimiento puede revocarse en cualquier momento por escrito. *

- ☐ Sí
- ☐ NO

Nombre del padre/madre/tutor

Correo electrónico del padre/madre/tutor

Número de teléfono del padre/madre/tutor

La información ingresada en este formulario será visible para los colaboradores de la publicación y administradores de ParentSquare.

Firma

Fecha