



**Aviso y consentimiento paterno sobre los servicios de salud escolar**

Como padre o tutor legal, usted tiene la autoridad principal para tomar decisiones sobre el cuidado, la supervisión y la educación de su hijo. El Distrito Escolar Independiente de Willis busca colaborar con las familias apoyando el éxito académico de los estudiantes y promoviendo su salud y bienestar general para que se mantengan comprometidos y concentrados en la escuela.

Se espera que el personal del distrito anime a los estudiantes a comunicar cualquier inquietud relacionada con su salud a sus padres o tutores. El personal escolar también notificará a los padres, según corresponda, sobre cualquier observación relacionada con la salud física, emocional o mental del estudiante. Los padres y tutores tienen derecho a revisar los expedientes educativos y de salud de sus hijos en cualquier momento.

El Distrito Escolar Independiente de Willis proporciona acceso a ciertos servicios de salud para los estudiantes en el campus. Este aviso tiene como objetivo informarle sobre los servicios que pueden estar disponibles **y no indica necesariamente que se le proporcionará algún servicio específico a su hijo.**

**Servicios relacionados con la salud**

Los siguientes servicios relacionados con la salud pueden estar disponibles en la escuela de su hijo. Marque con una casilla de verificación los servicios que **DESEA RECHAZAR**, es decir, los servicios que no desea que su hijo reciba en ningún momento durante el año escolar:

Servicio relacionado con la salud	NO quiero que mi hijo reciba este servicio.
Primeros auxilios y evaluación de lesiones más allá de la atención de rutina.	<input type="checkbox"/>
Seguimiento de enfermedades crónicas (como asma o diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/>
Exámenes de la vista, la audición y la escoliosis obligatorios por ley estatal.	<input type="checkbox"/>

Puede cancelar la participación en cualquiera de los servicios mencionados anteriormente presentando este formulario al director del centro escolar de su hijo/a. **Se presumirá el consentimiento a menos que se indique lo contrario.** Puede modificar su decisión en cualquier momento durante el año escolar.

**Los servicios de atención médica que se ofrecen en el distrito incluyen:**

Servicio de atención médica
Administración de medicamentos con el formulario de autorización correspondiente debidamente cumplimentado por el padre/madre o tutor y, cuando sea necesario, por el médico.
Procedimientos médicos según lo prescrito y acompañados de la orden médica firmada por el padre/madre o tutor.

Será necesario firmar un consentimiento adicional en el momento en que se entreguen a la enfermera escolar los medicamentos o las órdenes médicas para los servicios correspondientes.

Los servicios de atención médica mencionados anteriormente no se proporcionarán a menos que usted dé su consentimiento completando los formularios de autorización correspondientes con la enfermera escolar. El consentimiento puede actualizarse o retirarse en cualquier momento. A menos que se revoque, el consentimiento seguirá vigente hasta el final del presente año escolar.

Student Name: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_