



STUDENT HEALTH SERVICES
Rochester City School District
131 West Broad Street
Rochester, New York 14614
Phone: 585-262-8497
www.rcsdk12.org

Estimados Padres o Tutores/Encargados:

El Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester ofrece un programa de prevención del VIH/SIDA como parte de un programa continuo de educación integral para la salud. Parte de este programa de prevención es el Programa de Disponibilidad de Condones (CAP). Como padre o encargado, usted tiene la opción de solicitarle al personal de salud de la escuela que **No** le entreguen condones a su hijo. Esto se conoce como una renuncia voluntaria de los padres. **No** se le permite hacer esta solicitud si su hijo: 1) tiene 18 años o más; 2) ha estado o está casado; 3) tiene derecho por ley a dar su consentimiento por sí mismo.

Para solicitar que a su hija/hijo **no** se le permita recibir condones durante el año escolar 2026-2027, **por favor llene la hoja adjunta y envíela al Coordinador de Servicios de Salud Estudiantil del Distrito en un sobre marcado «CONFIDENCIAL» o a la enfermera de la escuela de su hijo.** Si cambia de opinión y decide que su hijo puede solicitar preservativos gratuitos, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo.

El programa de prevención del VIH/SIDA para estudiantes de secundaria le ofrece la oportunidad de hablar con su hijo sobre cuestiones de salud relacionadas con el VIH/SIDA y escuchar sus preocupaciones. Puede ser la ocasión para que usted, como padre o tutor, fortalezca la toma de decisiones responsables y recuerde que la decisión más responsable que puede tomar un joven en este sentido es abstenerse de cualquier comportamiento de alto riesgo, incluidas las relaciones sexuales y el abuso de sustancias. Por favor, apoye a su hijo en la toma de decisiones positivas para su salud.

Atentamente,

Servicios de Salud Estudiantil
Distrito Escolar de la Ciudad de
Rochester 131 West Broad St
Rochester NY 14614



STUDENT HEALTH SERVICES
Rochester City School District
131 West Broad Street
Rochester, New York 14614
Phone: 585-262-8497
www.rcsdk12.org

Firme y devuelva solo si **NO** desea que su hija/hijo participe en el componente de Disponibilidad de Condones del Programa de Prevención del VIH/SIDA durante el año escolar 2026-2027. Hay que tener en cuenta que esta opción no se aplicará a los estudiantes mayores de 18 años, que estén o hayan estado casados, o que tengan derecho por ley a dar su consentimiento por sí mismos. Si tiene más de un estudiante matriculado en la escuela, llene un formulario por separado por cada niño.

Mi hijo/a _____,
Nombre completo del estudiante en letra de imprenta

que está en grado 9 10 11 12 en la escuela _____,
NO debe participar en el componente de disponibilidad de condones del programa.

Número de identificación de estudiante de mi hija/hijo (si se conoce): _____

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor/encargado: _____

Firma del padre/tutor/encargado: _____

Fecha

Devuelva el formulario a:

Student Health Services
Rochester City School District
131 West Broad St
Rochester NY 14614