



Distrito Escolar Independiente de Mansfield

Formulario para que los Padres Rechacen Servicios Relacionados con la Salud

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

ID del Estudiante: _____

Escuela: _____

Grado: _____

El Distrito buscará la atención médica de emergencia adecuada para un estudiante cuando sea requerida o se considere necesaria. Un padre/tutor tiene el derecho de negar su consentimiento para cualquier servicio relacionado con la salud o rechazarlo. El consentimiento puede ser revocado por el padre/tutor en cualquier momento por escrito.

Si NO da su consentimiento para los servicios de salud de rutina, se contactará al padre/tutor cuando surja una preocupación de salud con su hijo(a), y será responsabilidad del padre/tutor proporcionar la atención necesaria de manera oportuna si su hijo(a) tiene una necesidad de salud que no constituya una emergencia durante el día escolar.

Servicios Relacionados con la Salud Ofrecidos en Todos los Campus del Distrito

☐ Primeros auxilios y evaluación de lesiones

☐ Apoyo durante enfermedades o síntomas físicos en la escuela

☐ Exámenes de salud: visión, audición, escoliosis y acantosis nigricans

☐ Evaluación por sospecha de estar bajo la influencia de alcohol o drogas

☐ Educación para la salud: higiene, prevención de enfermedades y manejo de síntomas

Información del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor (en letra de molde): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Recibido por la Enfermera: _____

Fecha: _____