

Aviso y Consentimiento para Servicios de Salud Escolar

Este formulario debe firmarse y devolverse a la enfermera escolar del campus. El consentimiento otorgado mediante este formulario entra en vigor durante el año escolar en curso, a menos que se revoque con anterioridad.

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/a. 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, incluyendo enfermeras y entrenadores deportivos. Este consentimiento no sustituye un plan de salud individualizado, un plan 504 ni ningún otro documento legalmente requerido.

Los padres tienen derecho a denegar el consentimiento o rechazar cualquier servicio de salud.

Servicios rutinarios de salud proporcionados en el campus de su hijo/a:

- Primeros auxilios y evaluación de lesiones
- Administración de medicamentos de venta libre según la ley
- Administración de medicamentos con receta según la ley
- Monitoreo de enfermedades crónicas (p. ej., asma, diabetes)
- Exámenes de visión, audición y escoliosis
- Examen de piojos
- Apoyo durante enfermedades o síntomas físicos en la escuela
- Coordinación de servicios de salud
- Prevención de enfermedades por calor y apoyo por lesiones para estudiantes atletas

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

Se adjuntan los formularios, cuestionarios y otros documentos que se utilizan habitualmente en el proceso de brindar servicios de salud a su hijo/a.

Center ISD | 2026-2027

Consentimiento de los padres para servicios de salud:

(Por favor, escriba en letra de imprenta)

Nombre del estudiante: _____

Grado actual: _____

Escuela: _____

- Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de salud escolares rutinarios durante el año escolar 2026-2027. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.
- NO doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de salud escolares rutinarios durante el año escolar 2026-2027. Entiendo que se me contactará en caso de emergencia o cuando surjan problemas de salud.

Firma del padres/tutor: _____

Fecha: _____

Puede encontrar información adicional sobre el bienestar estudiantil, el bienestar y los servicios de salud en las siguientes políticas del consejo:

FFA — Bienestar Estudiantil: Servicios de Bienestar y Salud

FFAA — Servicios de Bienestar y Salud: Exámenes Físicos

FFAB — Servicios de Bienestar y Salud: Vacunas

FFAC — Servicios de Bienestar y Salud: Tratamiento Médico

FFAD — Servicios de Bienestar y Salud: Enfermedades Transmisibles

FFAE — Servicios de Bienestar y Salud: Centros de Salud Escolares

FFAF — Servicios de Bienestar y Salud: Planes de Cuidado

Puede encontrar la Política del Consejo de Center ISD en www.centerisd.org, haciendo clic en Junta Escolar. Para obtener más información sobre los servicios de salud, comuníquese con Lindsay Montario en la enfermería de CHS: 936-598-6173 ext. 2212.