

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES  
PARA RECHAZAR LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIANTIL**

Año escolar 2022-2023

**ESTE FORMULARIO DE NEGARSE A CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIANTIL,  
DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO POR LOS PADRES TODOS LOS AÑOS  
Y DEVOLVERLO A LA ENFERMERA ESCOLAR**

- Según el Proyecto de Ley de Florida 1557, sobre los Derechos de los Padres en la Educación, cada distrito escolar, al comienzo de las clases, deberá notificar a los padres/tutores acerca de los servicios de atención de la salud ofrecidos en la escuela de sus hijos y proporcionarles la opción de negarse al consentimiento o rechazar cualquier servicio específico.
- Una necesidad de emergencia de salud significa una evaluación en el sitio, la gestión y ayuda en caso de enfermedad o lesión hasta que el estudiante pueda regresar a clase o a casa con su padre, madre, tutor, amigo designado, oficial de la ley, o proveedor de atención médica designado. No habrá opción para rechazar los servicios de emergencias médicas (FS 381.056); (F.S. 768.13).
- Se requiere un consentimiento por escrito de los padres/tutores cada año escolar, para que los empleados administren, medicamentos recetados, realicen procedimientos o tratamientos médicos. También se requiere consentimiento por escrito para el Programa de Estudiantes Saludables, los programas de visión y dentales en las escuelas participantes, y los servicios de salud específicos, es decir, exámenes físicos para el ingreso a la escuela y a los deportes.

**Escriba toda la información en letra de imprenta y con tinta**

**Información del estudiante**

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento del estudiante	Género
Domicilio/dirección física	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal

**Información del padre/madre/tutor**

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Relación con el estudiante (padre/madre o tutor)
Domicilio/Dirección física	Número de apartamento	Ciudad	Estado
Número telefónico de casa	Número telefónico del trabajo	Número del celular	Correo electrónico
			Número de estudiante

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES  
PARA RECHAZAR LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIANTIL**  
Año escolar 2022-2023

Por favor, indique a continuación cuáles de estos servicios usted se niega a que su hijo reciba:	Rechazo los servicios de salud marcados
Evaluación de la enfermera	<input type="checkbox"/>
Evaluación de nutrición	<input type="checkbox"/>
Consejería de la salud	<input type="checkbox"/>
Remisión y seguimiento de presuntos y confirmados problemas de salud	<input type="checkbox"/>

**\*Exámenes anuales de salud para el kínder, 1º, 3º y 6º grados**

Los padres de estudiantes en kínder y en los grados 1º, 3º y 6º recibirán de su escuela, una notificación por escrito para programar las citas para los exámenes de salud. En ese momento, los padres/tutores tendrán la opción de negarse a los exámenes de salud exigidos por el estado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor (EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
FIRMA del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE EN LETRA DE IMPRENTA:      Fecha de nacimiento

(Deberá completarse anualmente)