

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES**

**PARA RECHAZAR LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIANTIL**

Año escolar 2023-2024

**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 | Código postal |
|  |  |  |  |  |
| 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 2023-2024

|  |  |
| --- | --- |
| **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  | ☐  |
| Evaluación de nutrición | ☐  |
| Consejería de la salud   | ☐  |
| Remisión y seguimiento de presuntos y confirmados problemas de salud  | ☐  |

**\*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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Deberá completarse anualmente)

Spanish translation

Parental Decline Consent Health Care

H6 -8/5/22- ELL.iom