

**CONSENTIMIENTO/NEGACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR**

* Según el Proyecto de Ley de Florida 1557, sobre los Derechos de los Padres en la Educación, y las Responsabilidades del Distrito Escolar, requiere que cada distrito escolar, al comienzo del año escolar, notifique a los padres/tutores de cada servicio de atención de la salud ofrecida en la escuela de su hijo(a) y proporcione a los padres la opción de denegar el consentimiento o rechazar cualquier servicio específico.
* Se requiere que cada estudiante presente el formulario de consentimiento de los padres/tutores para los servicios de salud escolar cada año.
* Una necesidad de emergencia de salud significa la evaluación en el sitio, la gestión y la ayuda para la enfermedad o lesión en espera del regreso del estudiante a la clase o a casa con su padre, madre, tutor, amigo designado, oficial de la ley, o proveedor de atención médica designado (ver FS 381.056).
* Las necesidades de emergencias de salud, como primeros auxilios básicos (por ejemplo, hielo para lesiones en la cabeza, hemorragias nasales, cortaduras y abrasiones), reanimación cardiopulmonar (*RCP*) o uso de un desfibrilador externo automático (*DEA*), serán abordadas por los empleados hasta que lleguen los servicios médicos de emergencia sin el consentimiento previo de los padres/tutores (F.S. 768.13). Se continuará intentando contactar al padre/madre/tutor para obtener el consentimiento, si no hay un formulario de consentimiento archivado.
* En caso de emergencia, los empleados realizarán los primeros auxilios, la resucitación cardiopulmonar (*CPR*) o el uso de un desfibrilador externo automático (*AED*) hasta que lleguen los servicios médicos de emergencia sin el consentimiento previo de los padres/tutores.
* Se requiere un consentimiento adicional por escrito de los padres/tutores cada año escolar para que los empleados administren diariamente, según sea necesario, medicamentos recetados que regularmente se obtienen sin receta, realicen procedimientos médicos o proporcionen tratamiento médico.
* Se requiere un consentimiento adicional por escrito de los padres/tutores cada año escolar para el Programa de Estudiantes Saludables, los programas de visión y dentales en las escuelas participantes, y los servicios de salud específicos, es decir, el ingreso a la escuela, los deportes y los exámenes físicos de las Olimpiadas Especiales.

**ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO, FIRMADO Y DEVUELTO A LA ENFERMERA ESCOLAR PARA DAR EL CONSENTIMIENTO O NEGACIÓN A QUE EL ESTUDIANTE RECIBA CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR QUE SE ENUMERAN MÁS ABAJO.**

**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 de teléfono de casa | Número de teléfono del trabajo | Número de celular | Correo electrónico |  Número de estudiante |

|  |  |
| --- | --- |
| **Por favor, marque las casillas en la columna que indica “NO” para los servicios que rechaza.**  | **NO** |
| Servicios de emergencias de salud  | ☐  |
| Examen de la vista  | ☐  |
| Prueba de audición   | ☐  |
| Evaluación de la escoliosis | ☐  |
| Examen de crecimiento y desarrollo (índice de masa corporal)  | ☐  |
| Servicios de la vista  | ☐  |
| Servicios dentales  | ☐  |
| Programa de Estudiantes Saludables  | ☐ |

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

 Nombre del padre/madre/tutor FIRMA del padre/madre/tutor  Fecha

 (EN LETRA DE IMPRENTA)

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

Spanish translation

Parental Consent Health Care

H6 -8/4/22- ELL.iom