

Notificación anual de servicios de salud

Su hijo/a tiene la oportunidad de participar en los servicios de salud a través del Plan de Servicios de Salud Escolar proporcionado por el Distrito Escolar del Condado de Brevard, sus agentes y el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Brevard. Como se requiere en la Sección 381.0056, Estatutos de la Florida, el Plan de Servicios de Salud Escolar de nuestro Distrito ayuda a mejorar el aprendizaje al promover la salud y el bienestar de los niños. El Distrito Escolar del Condado de Brevard ha contratado a un proveedor para ayudar a proporcionar servicios de salud escolar para todas nuestras escuelas. La escuela de su hijo contará con una enfermera registrada, un técnico de salud o una enfermera práctica con licencia que será supervisada por una enfermera registrada. La enfermera supervisora puede ser asignada a una o más escuelas; sin embargo, el personal de la clínica puede ayudarlo a comunicarse con la enfermera registrada, si es necesario. Toda la información de salud de los estudiantes se mantiene confidencial y solo se comparte con aquellos miembros del personal que tienen una necesidad legítima de conocer las preocupaciones de salud y seguridad.

Formulario anual de consentimiento / exclusión voluntaria de los servicios de salud escolar: Los servicios de salud se ofrecen a todos los estudiantes en el Distrito Escolar del Condado de Brevard con el consentimiento por escrito de los padres. Este consentimiento será válido hasta que se modifique por escrito.

Por favor, indique si desea que su estudiante participe en los Servicios de Salud a continuación. Rodea sí o no.

Evaluaciones de enfermería, bajo la supervisión de una enfermera registrada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Evaluaciones de salud	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Proporcionar un curita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Proporcionar una pomada (antibacteriano o calamina)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Proporcionar una bolsa de hielo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comprobar los signos vitales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comprobar la temperatura	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comprobar si hay piojos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Consejería/enseñanza de salud	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<u>Padres de estudiantes en los grados Kindergarten-3</u>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

- Doy permiso para usar el proceso y la herramienta aprobados por el estado (SAFE-T w / C-SSRS) si mi hijo/a expresa que ellos o empleados de la escuela creen que están en riesgo de autolesionarse. Enlace de internet: [Revisión de BPS del proceso de SRI para padres](https://bit.ly/3A35u5k) o en <https://bit.ly/3A35u5k>

Imprima el nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Imprima el nombre del padre/tutor: _____ Firma: _____