



Center Independent School District Health Services
Student Health Information and Emergency Authorization

School Year
2019-2020

To serve your child in case of an accident, emergency, or sudden illness, it is necessary that you provide the following information:

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade/Teacher: _____

If your child has any of the following, please check/circle (additional documents may be required)	
<input type="checkbox"/> Allergies/anaphylaxis	<input type="checkbox"/> Seizures/epilepsy/convulsions
<input type="checkbox"/> Hearing/speech/vision problems	<input type="checkbox"/> Migraines/frequent headaches
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes: Type I or Type II (circle one)
<input type="checkbox"/> Bowel or bladder trouble	<input type="checkbox"/> Bleeding disorder
<input type="checkbox"/> Heart/blood pressure problems	<input type="checkbox"/> Breathing problems/asthma
<input type="checkbox"/> Other: _____	
Please provide additional details on health conditions that your child has that may require nursing services during the school day:	

Please list all substance(s) student is allergic to:	Date of last reaction	Symptoms	Treatment (medication, etc)	Is allergy life-threatening? (✓ below)
Foods:				
Medications:				
Latex:				
Stinging Insects: (bees, wasps)				
Other:				

Please complete the following if your child takes medication on a regular basis (including emergency medications such as inhaler, epi-pens, Glucagon)		
Medication	Health condition for which medication is taken	If student will need this medication at school or school related events, ✓ below

It may be necessary for school personnel to administer over the counter medications, emergency medications, or apply topical first aid medications, as ordered by the District's Medical Director to be used at the discretion of the school nurse or other trained personnel. These medications are listed on the back of this document. If you DO NOT want your child to receive these services and/or medications, please indicate below. Otherwise, it is understood that you are giving permission for the nurse and/or trained personnel to administer.

Please **INITIAL ONE** of the following:

YES, I give permission for the school nurse or trained personnel to administer first aid medications, over the counter medications **LISTED ON THE BACK OF THIS FORM** and emergency medications to my child with discretion as ordered by the District's Medical Director.

NO, I do not give permission to the school nurse or trained personnel to administer **ANY** first aid medications, over the counter medications **without contacting me first**.

I give permission for the school nurse or trained personnel to administer over the counter medications, emergency medications or apply topical first aid medications to my child with discretion as ordered by the District's Medical Director **EXCEPT FOR THE FOLLOWING MEDICATIONS** (please list): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

CISD Medication Guidelines Regarding Medication To Be Taken At School or School Related Events

In order to comply with the Texas Education Agency's recommendations and Local School Board Policy, the procedure below will be followed for administration of medication to a student.

- **All medication** to be given to a student on a routine or as-needed basis must be kept in the Nurse's Office* and brought to the school in its **ORIGINAL, LABELED** container. Center ISD is unable to store any medication over the summer, and will dispose of all medication left after the last day of school. ***EMERGENCY** medications for asthma, anaphylaxis, and diabetes may be carried by the student on his/her person with parent, physician **AND** nurse authorization.
- **Prescription medication** must be labeled with the pharmacy prescription label including the student's name, date, dosage, expiration date, directions for use, and prescribing physician. No more than one month's supply of medication shall be brought in at one time. All prescription medication to be given for a time period **GREATER THAN 10 DAYS WIL REQUIRE A PHYSICIAN'S SIGNATURE.**
- **Non-prescription (over-the-counter/OTC) medication** must be in the original container with an expiration date noted. OTC medications may be left in the clinic during the entire school year with a signed authorization form. However, OTC medications will be given according to the label on the package unless otherwise directed by a physician. OTC medications will not be given more than 5 consecutive days without a physician's signature.

PLEASE READ CAREFULLY

CISD CANNOT GIVE ANY MEDIATION WITHOUT PARENTAL CONSENT. You have the option on the front of this document to select whether or not you wish for the school nurse or trained personnel to administer the medications for MINOR injuries or ailments as listed below without contacting you first. In the event of an emergency, injury, or an acute illness, CISD designees will always use their judgement and contact you if needed. *For any medication not listed on this form that your student may need to take at school or school related events, written parent/physician authorization **MUST** be on file. **This includes inhalers and any other "as needed" or emergency medication.**

CISD Standing Orders for First Aid, Over-the-County Medications and Emergency Medications

1. **Vaseline:** Applied to chapped lips
2. **Antiseptic Wound Cleanser:** To cleanse a wound
3. **Triple Antibiotic Ointment** (i.e. **Neosporin**): applied topically to skin for wounds with potential for infection
4. **Hydrocortisone Cream:** Applied to areas of skin inflammation
5. **Anti-Itch Cream** (i.e., **Benadryl**): to areas of skin for itching, rashes, mild allergic skin reactions
6. **Hydrogen Peroxide:** to clean infected or purulent or infected wounds, not fresh cuts
7. Alcohol: applied to cleanse skin as needed
8. Ice Pac: applied to sprained ankle or wrist, bumps and/or insect stings to ease discomfort
9. Caladryl/Calamine Lotion: applied to skin for itching or rashes (i.e., insect stings, poison oak)
10. Aloe Vera Gel: applied to skin for itching or discomfort associated with rashes, burns
11. Sting Kill: applied to skin for insect bites or stings
12. Orajel: for tooth or gum aching
13. Burn Cream/Spray/Gel: applied to minor burns
14. Sterile Isotonic Eye Solution: to flush eye for eye irritations
15. Artificial Tears Eye Drops: for temporary relief of itching, dry eyes
16. Cough Drops: used as needed for cough/sore throat
17. Chloraseptic Throat Spray: sprayed into the throat as needed for cough/sore throat
18. Acetaminophen (Tylenol): administered for headache, minor pain and/or temperature of 100° F and above
19. Ibuprofen (i.e., Advil, Motrin): administered for headache, minor pain and/or temperature of 100° F and above
20. TUMS: for stomach ache (if student has no fever and is not ill appearing)
21. Pepto Bismol: for stomach ache (if student has no fever and is not ill appearing)
22. Benadryl: to be given for mild allergic reactions – **MAY CAUSE DROWSINESS**
23. Claritin or Zyrtec: to be given for signs of allergic Rhinitis or "Hay fever" (runny nose, itchy watery eyes, sneezing "stuffy" nose)
24. Midol: for relief of menstrual cramps
25. Oral Glucose Gel: to be given for students with symptomatic low blood sugar on an emergency basis
26. Oxygen: may be administered to a student for a life threatening breathing condition or respiratory distress on an emergency basis
27. Albuterol: may be administered to a student who appears to be in respiratory distress or showing signs of an acute asthma attack on an emergency basis
28. Epinephrine: may be administered to a student for a life threatening allergic reaction on an emergency basis.

Fever Guidelines: As a directive, parents/guardians will be notified to pick up students with a temperature of 100° F or above. Students must be fever free (below 100° F) for 24 hours WITHOUT medication in order to return to school.



Center Independent School District Health Services
 Student Health Information and Emergency Authorization

School Year
2019-2020

Para servir a su niño(a) en caso de accidente, emergencia o enfermedad repentina, si es necesario que proporcione la siguiente información.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado/Maestro: _____

Si su hijo tiene alguno de los siguientes, marque/circule (se puede requerir documentación adicional)

<input type="checkbox"/> Alergias/anafilaxis	<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia
<input type="checkbox"/> Problemas de audición/habla/visión	<input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes: Tipo I o Tipo II (encierre uno)
<input type="checkbox"/> Problemas intestinales o vesicales	<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón/presión arterial	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios/asma
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Proporcione detalles adicionales sobre las condiciones de salud que tiene su hijo(a) que pueden requerir servicios de enfermería durante el día escolar:

Por favor haga una lista de todas las sustancias que el estudiante es alérgico a:	Fecha de la última reacción	Los síntomas	Tratamiento (medicación, etc.)	La alergia es potencialmente mortal? (✓ abajo)
Los alimentos:				
Medicamentos:				
Látex:				
Insectos que pican: (abejas/avispas)				
Otro:				

Por favor complete lo siguiente si su hijo(a) toma medicamentos regularmente
 (incluya medicamentos de emergencia como inhaladores, epi-pens, glucagón)

Medicación	Condición de salud para la cual se toma la medicación	Si el estudiante necesita este medicamento en la escuela o en eventos relacionados con la escuela, ✓ a continuación

Puede ser necesario que el personal de la escuela administre medicamentos tópicos de primeros auxilios, medicamentos de venta libre y medicamentos de emergencia, según lo ordene el Director Médico del Distrito para ser utilizado a discreción de la enfermera escolar u otro personal capacitado. Estos medicamentos se enumeran en la parte posterior de este documento. So NO desea que su hijo(a) reciba estos servicios y/o medicamentos indíquelo a continuación. De lo contrario, se entiende que usted está dando permiso a la enfermera y/ o personal capacitado para administrar estos medicamentos a su discreción.

Por favor **inicial UNO** de los siguientes:

SI, doy permiso a la enfermera de la escuela o al personal capacitado para administrar medicamentos auxilios, medicamentos de venta libre **ANUNCIADO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO**, y los medicamentos de emergencia a mi hijo(a) con discreción según lo ordene el Director Médico del distrito.

NO, no doy permiso a la enfermera de la escuela o al personal capacitado para administrar **CUALQUIER** medicamentos de primeros auxilios, de venta libre o de emergencia **sin contactarme primero**.

Doy permiso a la enfermera de la escuela o al personal capacitado para aplicar medicamentos tópicos de primeros auxilios, medicamentos de venta sin receta y medicamentos de emergencia a mi hijo(a) con discreción según lo ordene el Director Médico del distrito, **EXCEPTO LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS** (por favor indique):

Firma Del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

GUIA DE MEDICAMENTOS DE CISD CON RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS QUE SE TOMARAN EN LA ESCUELA O EVENTOS RELACIONADOS CON LA ESCUELA

Para cumplir con las recomendaciones de la Agencia de Educación de Texas y la Política de la Junta Escolar Local, se seguirán los siguientes procedimientos para la administración de medicamentos a un estudiante.

- **Todos los medicamentos** que se administren a un estudiante de forma rutinaria o según sea necesario se deben guardar en la oficina de la enfermera* y se deben llevar a escuela en su envase **ORIGINAL, ETIQUETADO**. Center ISD no puede almacenar ningún medicamento durante el verano y desechara todos los medicamentos que queden después del último día de clases. Los medicamentos deben ser administrados por el personal de Center ISD SOLAMENTE si es imposible que los medicamentos se administren en el hogar en un horario que no se el horario escolar. El estudiante puede llevar medicamentos de ***EMERGENCIA** para el asma, la anafilaxis y la diabetes en su persona con la autorización de los padres, el médico Y la enfermera.
- **Prescripción médica** debe estar etiquetado con la etiqueta de la receta de la farmacia, incluido el nombre del estudiante, la fecha, la dosis, la fecha de vencimiento, las instrucciones de uso y el médico que la receto. No se podrá traer más de un mes de medicamentos al mismo tiempo. Todos los medicamentos recetados se administraron por un periodo de tiempo MAYOR DE 10 DAIAS REQUERIRAN LA FIRMA DE UN MEDICO.
- **El medicamento sin receta (de venta libre /OTC)** debe estar en el envase original con la fecha de vencimiento indicado. Los medicamentos de venta libre se pueden dejar con la enfermera durante todo el año escolar con un formulario de autorización firmado. Sin embargo, los medicamentos de venta libre se administran de acuerdo con la etiqueta del paquete, a menos que un médico indique lo contrario. Los medicamentos de venta libre no se administran durante más de 5 días consecutivos sin la firma de un médico.

PORFAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

CISD NO PUEDE DAR NINGUN MEDICAMENTO SIN CONSENTIMEINTO DE LOS PADRES. En este documento tiene la opción de seleccionar si desea o no que la enfermera de la escuela o el personal capacitado administren los medicamentos para las lesiones o dolencias Menores que se enumeran a continuación sin comunicarse primero don usted. En caso de una emergencia, una lesión o una enfermedad aguda, las personas designadas por CISD siempre usaran su criterio y se comunicaran con usted si es necesario. Para cualquier medicamento que no esté incluido en este formulario y que su estudiante debe tomar en la escuela o eventos relacionados con la escuela, autorización por escrito del padre/médico DEBE estar en el archivo. **Esto incluye los inhaladores y cualquier otro medicamento "según sea necesario" o de emergencia.**

Ordenes permanentes de CISD para medicamentos de primeros auxilios, de venta libre y medicamentos de emergencia

1. **Vaselina:** aplicada a los labios agrietados.
2. **Limpiador antiséptico de heridas:** para limpiar heridas
3. **Ungüento antibiótico triple** (i.e. **Neosporin**): se aplica tocante en la piel para las heridas con posibilidad de infección.
4. **Crema de hidrocortisona:** aplicada en áreas de inflamación de la piel.
5. **Crema anti-picazón** (i.e. Benadryl): en áreas de la piel para la picazón, erupciones cutáneas6. , reacciones alérgicas leves de la piel.
6. **Peróxido de hidrogeno:** para limpiar heridas infectadas o purulentas o no heridas frescos.
7. **Alcohol:** aplicado para limpiar la piel según sea necesario.
8. **Bolsa de hielo:** se aplica en el tobillo o muñeca torcida, golpes y /o picaduras de insectos para aliviar la molestia.
9. **Caladryl/loción de calamina:** aplica a la piel para el piquetes o erupciones (i. e. Picaduras de insectos, el roble venenoso)
10. **Gel de aloe vera:** aplicado en la piel para la picazón o las molestias asociadas con erupciones, quemaduras.
11. **Sting Kill:** aplicado a la piel para picaduras de insectos o picaduras
12. **Orajel:** para dolor de dientes o encías
13. **Crema/aerosol/gel para quemaduras:** aplicado a quemaduras menores.
14. **Solución isotónica estéril para los ojos:** para enjuagar los ojos para irritaciones oculares.
15. **Lágrimas artificiales para los ojos:** para el alivio temporal de los ojos secos y con picazón.
16. **Para la tos:** se usan según sea necesario para la tos/dolor de garganta.
17. **Aerosol clora séptico para la garganta:** se rocía en la garganta según sea necesario para la tos/ dolor de garganta.
18. **Acetaminofén (Tylenol):** se administra para el dolor de cabeza, dolor leve y /o temperatura de 100 o más.
19. **Ibuprofeno (i.e. Advil, Motrin):** se administra para el dolor de cabeza, dolor leve y \o temperatura de 100 o más.
20. **Tums:** para el dolor de estómago (si el estudiante no tiene fiebre y no aparece mal)
21. **Pepto Bismol:** para el dolor de estómago (si el estudiante no tiene fiebre y no tiene mal apariencia)
22. **Benadryl:** debe administrarse para las reacciones alérgicas leves, PUEDE CAUSAR MAREOS
23. **Claritin o Zyrtec:** deben administrar para síntomas de rinitis alérgica o fiebre del heno(secreción nasal, ojos llorosos que pican, estornudos, nariz tapada)
24. **Midol:** para el alivio de los cólicos menstruales
25. **Gel de glucosa oral :** se administra a los estudiantes con un nivel bajo de azúcar en la sangre sintomático en caso de emergencia
26. **Oxigeno:** se puede administras a un estudiante para una afección respiratoria o dificultad respiratoria potencialmente mortal en caso de emergencia
27. **Albuterol:** se puede administrar a un estudiante para una infección respiratoria o dificultad respiratoria potencialmente mortal en caso de una emergencia.
28. **Epinephrine:** se puede administrar epinefrina a un estudiante para reacción alérgica potencialmente mortal o en caso de una emergencia.

Guías para la Fiebre: Como directiva, se notificara a los padres/tutores para recoger a los estudiantes con una temperatura de 100° F o arriba. Los estudiantes deben tener (menos de 100° F) durante 24 horas sin fiebre para poder regresar a la escuela.



Center Independent School District Health Services
Authorization to Secure Emergency Medical Treatment of a Student

School Year
2019-2020

Student's Name (print): _____

Date of Birth: _____ Grade: _____

Name of Parent or Guardian: _____

Address: _____

Work Phone Number: _____

Home Phone Number: _____

Mobile Phone Number: _____

LOCAL PERSON TO CONTACT IF PARENT OR GUARDIAN CANNOT BE REACHED

Name: _____

Phone Number: _____

Relationship to student: _____

STUDENT'S PHYSICIAN OR OTHER PREFERRED HEALTHCARE PROVIDER

Name: _____ Phone Number: _____

STUDENT'S DENTIST

Name: _____ Phone Number: _____

Medications or drugs to which the student has had an allergic or adverse reaction: _____

I hereby authorize the Superintendent of Center Independent School District or a designated representative to secure any and all emergency medical care and treatment for _____ (student's name) for acute illness suffered, injury sustained, or other situation requiring emergency medical treatment while at school or participating in school-related activities. I prefer that emergency treatment be secured at _____ (name of preferred medical facility).

The District may use another licensed hospital, clinic, or medical facility, if necessary, with the following exceptions: _____

I understand that the cost of services provided by ambulance, private physician, clinic, hospital, or dentist remains the responsibility of the parent or guardian and will not be assumed by the District or any of its officers or employees.

Check One:

I do have medical insurance coverage on my child with _____

I do not have medical insurance coverage on my child.

Parent's or Guardian's Signature

Date

**Copies of this authorization may be presented to an Admissions Office of a hospital, clinic, physician or dentist. Other distribution will occur only within the limitations of the Family Educational Rights and Privacy Act.

**Center Independent School District Health Services***Autorización para asegurar el tratamiento médico de emergencia de un estudiante*School Year**2019-2020**

Nombre del estudiante (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono del trabajo: _____

Numero de teléfono de casa: _____

Numero de teléfono móvil: _____

PERSONA DE CONTACTO LOCAL SI EL PADRE O TUTOR NO PUEDE PER CONTACTADO

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____

Relación con el estudiante: _____

EL MEDICO DEL ESTUDIANTE U OTRO PROVEEDOR DE ATENCION MEDICA PREFERIDO

Nombre: _____ Teléfono: _____

DENTISTA DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Teléfono: _____

Medicamentos o medicamentos a los cuales el estudiante ha tenido una reacción alérgica o adversa:

Por la presente autorizo al Superintendente del Distrito Escolar Independiente del Center o un representante designado para asegurar cualquier y toda la atención médica de emergencia y el tratamiento para _____ (nombre del estudiante) por enfermedad aguda sufrida, lesión u otra situación que requiera tratamiento médico de emergencia mientras este en la escuela o participando en actividades relacionadas con la escuela. Prefiero que el tratamiento de emergencia se obtenga en _____ (nombre del centro médico preferido).

El Distrito puede usar otro hospital, clínica o centro médico con licencia, si es necesario, con las siguientes excepciones:

Entiendo que el costo de los servicios prestados por ambulancia, médico privado, clínica, hospital o dentista sigue siendo responsabilidad del padre o tutor y no será asumido por el Distrito ni por ninguno de sus funcionarios o empleados.

Marque Uno:

 Tengo cobertura de seguro médico para mi hijo(a) con _____ No tengo cobertura de seguro médico para mi hijo(a)._____
Firma del padre o tutor_____
Fecha



Center Independent School District Health Services

Pre-Screening Information Letter to Parents

Dear Parent/Guardian:

Texas law requires that Hearing, Vision and Spinal screenings be conducted on students several times throughout their academic career.

Why is screening important?

Hearing: the ability to communicate effectively impacts the well-being of a child, in terms of education, physical and social development. Early identification and intervention is critical in supporting speech/language development and full participation in the learning process. Even mild hearing losses may be educationally and medical significant.

Vision: vision problems are common amongst school-aged children and adolescents. If vision problems are not detected and treated early, they can lead to permanent vision loss and learning difficulties. When a child has an undiagnosed vision problem, it is much harder for them to succeed in school, sports, social situations and basic life skills.

Texas Department of State Health Services (DSHS) requires vision and hearing screening the following students:

- Children 4 years old or older enrolled in any facility for the first time
- Children enrolled in Pre-K and Kindergarten (children who turn 4 after September 1 are exempt until the following September)
- Children enrolled in 1st, 3rd, 5th and 7th grades

Spinal: this screening detects possible orthopedic problems, such as scoliosis. Scoliosis is a curvature of the spine. Early detection and treatment may result in avoidance of surgical correction **DSHS** requires girls age 10 and 12 to be screened and boys ages 13 or 14 be screened. CISD will send home notification prior to the spinal screenings.

How will the results be shared?

If you child passes the screening, you will not be notified by the school nurse. If you wish to know your child's results, you are welcome to contact the school nurse. If your child does not pass the screening, the school nurse will contact you and give you a copy of your child's results as well as a referral to a healthcare provider for further evaluation.

Please note that school screenings provides only a snapshot of how your child performs on the day of the screening(s) are administered and is not a substitute for a complete exam.

You have the right to opt out of the school screening program because of religious beliefs. To qualify for the exemption, the student or minor student's parent or guardian must submit on or before the day of the screening, an affidavit stating the objections to the screenings.

Parents and guardians may opt out of the school spinal screening by submitting a report of a spinal screening done by a licensed healthcare provider in the State of Texas.

According to the Texas Administrative Code Chapter 37 Subchapter C Rule 37.25: except for children enrolled in pre-kindergarten, kindergarten or first grade, a facility shall exempt any child from vision and/or hearing screening as required by paragraphs (1) –(3) of this subsection if the child's parent, managing conservator, or legal guardian, or the individual under the scenarios described at Texas Family Code §32.003, submits a record to the facility showing that a professional examination was properly conducted during the grade year in question or during the previous year. The record must be submitted to the facility during the grade year in which the screening would otherwise be required.

Please contact me with any questions about the school screening programs.

Lindsay Montario, RN
CISD RN Coordinator
CHS School Nurse
Phone Number: (936) 598-6173 ext 2212
Fax Number: (936) 598-1527
lindsay.montario@centerisd.org



Distrito Escolar Independiente de Center Servicios de Salud

Carta de información previa a la evaluación para padres

Estimado Padre/Tutor:

La ley exige que las evaluaciones de audición, visión y final se realicen en los estudiantes varias veces a lo largo de su carrera académica.

¿Por qué es importante la detección?

Audición: la capacidad de comunicarse efectivamente afecta el bienestar de un niño(a), en términos de educación, desarrollo físico y social. La identificación e intervención temprana es fundamental para apoyar el desarrollo del habla/lenguaje y la participación plena en el proceso de aprendizaje. Incluso las pérdidas auditivas leves pueden ser educativas y medicamente significativas.

Visión: los problemas de visión son comunes entre los niños en edad escolar y los adolescentes. Si los problemas de la vista no se detectan y tratan a tiempo, pueden llevar a la pérdida permanente de la visión y dificultades de aprendizaje. Cuando un niño(a) tiene un problema de visión no diagnosticado, es mucho más difícil para el tener éxito en la escuela, los deportes, las situaciones sociales y las habilidades básicas de la vida.

El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas requiere exámenes de visión y audición a los siguientes estudiantes:

- Niños de 4 años o más se inscribieron en cualquier instalación por primera vez
- Niños inscritos en Pre-K y Kindergarten (los niños(as) que cumplan 4 años después del 1 de Septiembre están exentos hasta el siguiente Septiembre)
- Niños inscritos en 1º, 3º, 5º y 7º grados

Espinal: esta prueba detecta posibles problemas ortopédicos, como la escoliosis. La escoliosis es una curvatura de la columna vertebral. La detección y el tratamiento tempranos pueden evitar la corrección quirúrgica. **El DSHS de Texas** requiere que las niñas de 10 y 12 años sean examinadas, y los niños de 13 o 14 años sean examinados. CISD enviara una notificación a casa antes de los exámenes de la columna vertebral.

Como se compartirán los resultados?

Si su hijo(a) pasa la prueba, la enfermera de la escuela no lo notificará. Si desea conocer los resultados de la prueba de detección de su hijo(a), puede ponerse en contacto con la enfermera de la escuela. Si su hijo(a) no pasa la prueba de detección, la enfermera de la escuela se comunicará con usted y le entregará una copia de los resultados de su hijo(a), así como una referencia a un proveedor de atención médica para una evaluación adicional.

Tenga en cuenta que la evaluación de la escuela solo proporciona una instantánea de cómo se desempeña su hijo(a) el día en que es administrada la evaluación y no es un sustituto de un examen completo.

Usted tiene el derecho de optar por no participar en el programa de evaluación de la escuela debido a creencias religiosas. Para calificar para la exención, el padre o tutor del estudiante o estudiante menor de edad debe presentar una declaración jurada en o antes del día de la presentación de una declaración jurada que indique las objeciones a las evaluaciones.

Los padres y tutores pueden optar por no someterse a la evaluación de la columna vertebral de la escuela mediante la presentación de un informe de evaluación de la columna vertebral realizado por un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Texas.

De acuerdo con el Código Administrativo de Texas Chapter 37 Sub capítulo C Regulación 37.25: Excepto para los niños inscritos en pre kínder, Kinder o primer grado, las instalaciones eximirán a todos los niños de exámenes de la vista y/o audición según lo exigen los párrafos (1) –(3) de esta subsección si el padre del niño(a), el administrador administrativo, el tutor legal o la persona en los escenarios descritos en el Código de familia de Texas §32.003, envían un registro a la instalación que demuestre que se realizó un examen profesional durante el año escolar en cuestión o durante el año anterior. El registro debe enviarse a la instalación durante el año de calificación en el que requeriría la evaluación.

Por favor, póngase en contacto conmigo con cualquier pregunta que tenga acerca de los programas de detección de la escuela.

Lindsay Montario, RN
Coordinador de CISD RN
CHS enfermera de la escuela
Phone Number: (936) 598-6173 ext 2212
Fax Number: (936) 598-1527
lindsay.montario@centerisd.org