

**NEGATIVA A PARTICIPAR EN
EL PLAN DE SALUD**

Escuelas publicas de Staunton, Augusta y Waynesboro

Estudiante: _____ Escuela: _____

—

Maestro(a): _____ Diagnostico: _____

Basados en informacion por usted provista a la escuela, su hijo(a) tiene una condicion medica que requiere cierta planeacion en el ambiente escolar. Es esencial mantener una comunicacion abierta con el estudiante, los padres o acudientes, y los medicos (incluyendo otros profesionales de la salud). El tener la documentacion *yjo* medicacion adecuada nos permitira estar preparados para ayudar a su hija(o) en caso de emergencia.

Para cuidar de su hijo(a) en forma segura durante el dfa escolar, las siguientes opciones estan disponibles:

- Planes de salud por escritoj ordenes para la medicacion
- Intercambio de informacion
- Entrenamiento para el personal escolar pertinente alas necesidades y condiciones de su hija(o)
- Enfermeras escolares consultoras

Usted ha elegido no participar en las opciones arriba mencionadas, por lo tanto, por favor entienda que nosotros, el personal de la escuela, estamos limitados unicamente a proveer cuidado de emergencia a su hijo(a). Por favor complete este documento y regreselo a la enfermera escolar en cuanto sea posible si usted no quiere participar en un plan de cuidado de salud de su hija(o).

Por medio de este documento yo acepto que he lefdo y entiendo esta negativa a participar en el programa de salud para mi hijo(a). Yo libero a las juntas escolares de la ciudad de Waynesboro, la ciudad de Staunton, y el condado de Augusta, a sus empelados, y personal en general de cualquier responsabilidad, dano, o accidente que pueda ser ocasionado a causa de mi negativa a seguir el plan de salud o por cualquier medida de emergencia que tome el personal de la escuela para salvar la vida de mi hijo o hija.

Entiendo que puedo cambiar de opinion y participar del plan de cuidado de salud durante cualquier momenta durante el ano escolar.

Firma de los padres o adultos responsables: _____ Fecha: _____

Firma de los padres o adultos responsables: _____ Telefono # _____

