

CAMPUS NAME

Parent Consent for Physical Health-Related Services Form [SB12] 25-26 **Consentimiento de los padres para servicios relacionados con la salud física**

In accordance with Texas Senate Bill 12, Austin ISD is providing this annual notice to inform you of the health-related services available to students at your child's campus during the this school year.

These services may include (but are not limited to) the items below. As a parent or guardian, you have the right to withhold consent for all health-related services provided on your child's campus.

Please be advised that if you choose to opt out of these services, and your child becomes ill or sustains a non-life threatening injury during the school day, the campus nurse or health room assistant will not be permitted to assess or provide care—except in cases of a life-threatening emergency, as defined by applicable law and district policy. In such cases, you will be contacted immediately and will be required to pick up your child from school without delay.

Completing this form will ensure that we are providing only those services you have consented to and will help us remain in full compliance with [Texas Senate Bill 12](#).

Please review the services below, and select "OPT IN" or "OPT OUT."

De acuerdo con el Proyecto de Ley del Senado de Texas 12, el Distrito Escolar Independiente de Austin (Austin ISD) proporciona este aviso anual para informarle sobre los servicios relacionados con la salud disponibles para los estudiantes en la escuela de su hijo o hija durante el este año escolar.

Estos servicios pueden incluir (pero no se limitan a) los siguientes puntos. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de negar el consentimiento para todos los servicios relacionados con la salud que se proporcionan en la escuela de su hijo o hija.

Tenga en cuenta que si decide rechazar estos servicios y su hijo o hija se enferma o sufre una lesión que no ponga en riesgo su vida durante la jornada escolar, la enfermera o el asistente de la sala de salud de la escuela no podrán evaluarlo ni brindarle atención, excepto en casos de una emergencia que ponga en riesgo su vida, según lo define la ley aplicable y la política del distrito. En tales casos, se le contactará de inmediato y se le pedirá que recoja a su hijo o hija de la escuela sin demora.

Completar este formulario garantizará que solo brindemos los servicios a los que usted ha dado su consentimiento y nos ayudará a cumplir plenamente con el [Proyecto de Ley del Senado de Texas 12](#).

Por favor, revise los servicios a continuación y seleccione "ACEPTO" o "RECHAZO".

Student Last Name / Apellido del estudiante: _____

Student First Name / Nombre del estudiante: _____

Student ID # / Número de identificación del estudiante : _____

Last Name of Parent/Guardian / Apellido del padre/madre o tutor: _____

First Name of Parent/Guardian / Nombre del padre/madre o tutor: _____

Acute Care: Providing immediate care for illnesses and non- life threatening injuries. (e.g., taking temperature, cleansing a scrape & applying a band-aid, assessing stomach ache, headaches)

Atención de cuidados intensivos: Proporcionar atención inmediata para enfermedades y lesiones que no pongan en riesgo la vida (p. ej., tomar la temperatura, limpiar un raspón y aplicar una curita, evaluar un dolor de estómago o de cabeza).

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Chronic Disease Management: Assisting students with chronic conditions like asthma or diabetes in managing their health, administering medications, and developing individualized healthcare plans (IHPs).

Manejo de enfermedades crónicas: Ayudar a los estudiantes con afecciones crónicas como el asma o la diabetes a manejar su salud, administrar medicamentos y desarrollar planes de atención médica individualizados (IHP, por sus siglas en inglés).

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Medication Administration: Administering both prescribed and over-the-counter medications as per medical provider orders and with parental consent.

Administración de medicamentos: Administrar tanto medicamentos recetados como de venta libre según las órdenes del médico y con el consentimiento de los padres.

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Preventive Care: Providing or coordinating preventive care like state required immunization reminders and resources.

Atención preventiva: *Proporcionar o coordinar la atención preventiva, como recordatorios y recursos para las vacunas requeridas por el estado.*

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Health Promotion: on topics like nutrition and hygiene.

Promoción de la salud: *sobre temas como la nutrición y la higiene.*

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Care Coordination: Collaborating with physicians, families, and school staff to ensure comprehensive care, advocacy and communicate health information effectively. (i.e., ensuring all staff are aware of child medical needs and support needed throughout the school day).

Coordinación de la atención: *Colaborar con los médicos, las familias y el personal de la escuela para garantizar una atención integral, abogar por el estudiante y comunicar la información de salud de manera eficaz. (Es decir, asegurarse de que todo el personal esté al tanto de las necesidades médicas del niño y del apoyo que requiere a lo largo de la jornada escolar).*

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Health Education: Educating students and parents on various health topics, including disease prevention, healthy lifestyles, and managing chronic conditions.

Educación para la salud: *Educar a los estudiantes y a los padres sobre diversos temas de salud, incluyendo la prevención de enfermedades, estilos de vida saludables y el manejo de afecciones crónicas.*

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Mental Health Support: Provide first-aid care and crisis intervention, then partner with and transfer care to the campus counseling department for further support if warranted.

Apoyo de salud mental: *Proporcionar primeros auxilios e intervención en crisis, luego colaborar y transferir la atención al departamento de consejería de la escuela para un mayor apoyo si se justifica.*

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Identifying and Addressing Health Barriers to Learning: Recognizing health problems that may be impeding a student's educational progress and partner with education staff in developing plans to address them. (e.g., participating, advocating in IEP/504 meetings)

Identificación y abordaje de las barreras de salud para el aprendizaje: Reconocer los problemas de salud que pueden estar impidiendo el progreso educativo de un estudiante y colaborar con el personal educativo en el desarrollo de planes para abordarlos (p. ej., participar y abogar en las reuniones de IEP/504).

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Referrals to Community Resources: Connecting students and families with community healthcare providers and social services.

Derivaciones a recursos comunitarios: *Conectar a los estudiantes y las familias con proveedores de atención médica y servicios sociales de la comunidad.*

☐ OPT IN / ACEPTO

☐ OPT OUT / RECHAZO

Signature of Parent/Guardian

Firma del padre/madre o tutor

Date

Fecha