

STUDENT HEALTH SERVICES

DURFEE HIGH SCHOOL

Estimado Padre / Tutor:

Fecha: _____

Nos gustaría informarle de que, en los próximos meses, llevaremos a cabo nuestras proyecciones anuales del estado por mandato la visión, la audición, altura / peso y escoliosis en los estudiantes en el grado 9. Además de estas proyecciones, ahora es el mandato de completar un SBIRT adicional (screening, Intervención Breve, y referencia para tratamiento) de cribado. Esto es un cribado basado en la entrevista sobre el uso de alcohol, marihuana, y otras drogas. sesiones de proyección estudiante serán breves y de carácter confidencial en un privado, uno-a-una sesión por la enfermera de la escuela o consejero. Si es necesario, el estudiante será remitido a nuestro departamento de orientación para una evaluación adicional. Los resultados de la evaluación no se incluirán en el registro escolar de su hijo, ni serán los resultados serán compartidos con cualquier miembro del personal que no sea de enviar el caso al departamento de orientación.

Al igual que con cualquier detección en la escuela, usted tiene el derecho de excluir a su hijo de esta proyección. Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela al 508-675-8146 si tiene alguna pregunta sobre este programa o si desea participar. También puede firmar a continuación y devuelva este formulario a la enfermera de la escuela o la oficina de primer año de grado el 30 de noviembre si no quiere que su hijo participe en la proyección SBIRT. La detección es voluntaria y los estudiantes pueden optar por no responder a cualquiera o todas las preguntas de selección.

Gracias,

Enfermera de la escuela

El nombre del estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo no quiero que mi hijo participe en esta prueba de detección.

Firma del Padre / Tutor

Fecha