



14 de marzo del 2019

Estimados estudiantes, padres/encargados, y familias de las EPDC:

En las Escuelas Públicas de DC (EPDC) valoramos la salud y el bienestar de nuestros/a estudiantes. Sabemos que los/as estudiantes saludables son capaces de asistir a la escuela y aprender. Nos complace informar que las EPDC están colaborando con médicos y enfermeros/as locales en un proyecto para apoyar la salud de nuestros/as estudiantes y su asistencia a la escuela.

Mediante este proyecto piloto, llamado Esfuerzo por la Reducción del Ausentismo Crónico o CARE (siglas en inglés), los padres o los encargados pueden autorizar a las EPDC compartir de forma segura la información de asistencia a la escuela con médicos, enfermeros/as, y el personal de las oficinas médicas de su estudiante. Esta información les permitirá a estos profesionales de la salud proporcionar servicios de información y atención médica especiales a aquellos/as estudiantes que pudieran estar ausentes de la escuela y a sus familias.

¿Por qué están las EPDC, los médicos y enfermeros/as locales colaborando en este proyecto?

Las EPDC y los proveedores médicos locales comparten el mismo objetivo de mantener física y mentalmente saludables a los/as niños/as que asisten a la escuela, todos los días, dispuestos/as a aprender. Pero esto puede ser más difícil para muchos/as estudiantes que padecen de enfermedades como el asma, alergias, anemia de células falciformes ("sickle cell anemia") y diabetes. Las EPDC, los médicos y enfermeros/as locales están colaborando para apoyar en la salud y el bienestar de los/as estudiantes al tener un mejor conocimiento de la asistencia a la escuela. Por último, esperamos que esto ayude a los/as estudiantes a mejorar su desempeño académico.

¿Cómo ayudará este proyecto a mi hijo/a?

Los médicos, enfermeros/as, y su personal pueden proporcionar información y atención médica especiales si su hijo/a está ausente de la escuela. Por ejemplo, el médico de su hijo/a podría recomendar un medicamento nuevo o diferente para que su hijo/a se sienta bien y pueda controlar mejor su asma, alergias, u otra condición médica. El equipo de atención médica también puede prestar ayuda en otras áreas que faciliten el acceso a la escuela, tales como transportación o necesidades de cuidado de niños/as.

¿Qué escuelas están participando?

Para el Año Escolar 2019-2020, este proyecto CARE continuará en la Escuela Primaria Bancroft, el Campus Educativo Cardozo, el Campus Educativo Columbia Heights, la Escuela Primaria H.D. Cooke, la Escuela Primaria Marie Reed, y la Escuela Primaria Powell. Estas escuelas fueron seleccionadas porque un gran número de estudiantes en estas escuelas reciben atención médica en las oficinas de los mismos médicos. Esto hace posible que las EPDC colaboren muy de cerca con estos médicos y enfermeros/as.

¿Cómo me registro?

Para registrarse, firme el formulario de consentimiento y devuélvalo al/a la secretario/a de su escuela.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si tiene preguntas, comuníquese con el/la secretario/a de la escuela, el/la enfermero/a de la escuela, o el proveedor médico. También puede comunicarse con el Equipo de Salud y Bienestar de las EPDC en healthservices.dcps@dc.gov o al 202.345.0052. Un documento de Preguntas Frecuentes se encuentra en <http://dcps.dc.gov/page/health-and-wellness>.

Sinceramente,

Kristen Rowe, MS, RD, LD
Gerente de servicios de salud

Ankoor Shah, MD MBA MPH FAAP
Presidente
DC Chapter, Academia Americana
de Pediatría



Consentimiento para el Proyecto CARE

La salud es importante para el éxito en la escuela. La escuela de mi estudiante está colaborando con médicos y enfermeros/as locales a través del Proyecto Esfuerzo por la Reducción del Ausentismo Crónico, CARE (siglas en inglés) para mantener a nuestros/as estudiantes saludables y exitosos en la escuela. Complete el siguiente formulario para autorizar la participación de su estudiante.

Soy el/la padre/madre/encargado/a de _____.
(Nombre del/de la estudiante y fecha de nacimiento)

Al firmar a continuación, autorizo la participación de mi hijo/a en el proyecto CARE, y doy mi consentimiento a la escuela de mi hijo/a y a otros en las EPDC de compartir sus registros de asistencia con el médico, enfermero/a, y personal médico de la oficina. Esto les permitirá a las EPDC colaborar con estos profesionales de la salud para mantener a mi hijo/a saludable y exitoso/a en la escuela.

Reconozco y entiendo que tengo la oportunidad de revisar los registros que serán compartidos y el derecho de cuestionar el contenido de dichos registros, y certifico que mi hijo/a no tiene dieciocho (18) años de edad.

Esta autorización continuará vigente mientras mi estudiante esté matriculado/a en las EPDC, a menos que yo retire mi consentimiento por escrito. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

NOTA: Si las EPDC desean compartir o discutir otros aspectos del expediente académico de mi hijo/a con el equipo médico de mi hijo/a, se me pedirá un consentimiento por separado.

(Fecha)

(Firma del padre/encargado)

(Dirección actual del padre/encargado)

(Número de contacto del padre/encargado)

NEGATIVA A PARTICIPAR

Al firmar a continuación, rechazo que mi hijo/a participe en el proyecto CARE, y no autorizo que los registros de asistencia de mi hijo/a se compartan con los médicos, enfermeros/as, y personal médico de su oficina.

(Fecha)

(Firma del padre/encargado)

(Dirección actual del padre/encargado)

(Número de contacto del padre/encargado)



Consentimiento del Proyecto CARE para Estudiantes Mayores de 18 Años de Edad

La salud es importante para el éxito en la escuela. Mi escuela está colaborando con médicos y enfermeros/as locales a través del Proyecto Esfuerzo por la Reducción del Ausentismo Crónico, CARE (siglas en inglés) para mantener a nuestros/as estudiantes saludables y exitosos/as en la escuela. Complete el siguiente formulario para autorizar su participación.

Soy _____.
(Nombre del/de la estudiante y fecha de nacimiento)

Al firmar a continuación, autorizo mi participación en el proyecto CARE, y doy mi consentimiento a la escuela y a otros en las EPDC de compartir mis registros de asistencia con mi médico, enfermero/a, y personal médico de la oficina. Esto les permitirá a las EPDC colaborar con estos profesionales de la salud para mantenerme saludable y exitoso/a en la escuela.

Reconozco y entiendo que tengo la oportunidad de revisar los registros que serán compartidos y el derecho de cuestionar el contenido de dichos registros, y certifico que tengo por lo menos dieciocho (18) años de edad.

Esta autorización continuará vigente mientras esté matriculado/a en las EPDC, a menos que yo retire mi consentimiento por escrito. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. NOTA: Si las EPDC desean compartir o discutir otros aspectos de mi expediente académico con mi equipo médico, se me pedirá un consentimiento por separado.

(Fecha)

(Firma del/de la estudiante)

(Dirección actual del/de la estudiante)

(Número de contacto del/de la estudiante)

NEGATIVA A PARTICIPAR

Al firmar a continuación, rechazo participar en el Proyecto CARE, y no autorizo que mis registros de asistencia se compartan con mis médicos, enfermeros/as, y personal médico de su oficina.

(Fecha)

(Firma del/de la estudiante)

(Dirección actual del/de la estudiante)

(Número de contacto del/de la estudiante)