

Estimados estudiantes, padres/tutores y familias de las DCPS:

En las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS), valoramos la salud y el bienestar de nuestros estudiantes. Sabemos que los estudiantes que tienen buena salud pueden asistir mejor a la escuela y son capaces para aprender. Nos complace compartir que las DCPS se están asociando con doctores locales, enfermeros y con el Departamento de Salud del Distrito de Columbia en un proyecto para apoyar la salud y la asistencia escolar de nuestros estudiantes.

Por medio del proyecto - llamado Proyecto Esfuerzo por la Reducción del Ausentismo Crónico (*Chronic Absenteeism Reduction Effort* o **CARE**, por sus siglas en inglés)— los padres o tutores pueden dar permiso a las DCPS para compartir de manera segura la información de asistencia con los doctores, los enfermeros y el personal de la clínica de su hijo. Esta información ayudará a estos profesionales de la salud a proporcionar una comunicación especial con las familias y atención médica a los niños que podrían estar faltando a la escuela.

¿Por qué las DCPS y los médicos y enfermeros locales se asocian en este proyecto?

Las DCPS y los proveedores médicos locales comparten el objetivo de tener niños sanos física y mentalmente que estén en la escuela, todos los días, listos para aprender. Para muchos estudiantes con condiciones médicas como el asma, las alergias, la anemia de células falciformes y la diabetes, esto puede ser más difícil. Las DCPS y los doctores y enfermeros locales se están asociando para ver si podemos apoyar mejor la salud y el bienestar de los estudiantes cuando los doctores y enfermeros saben más sobre la asistencia escolar. En última instancia, esperamos que esto ayude a los estudiantes a mejorar sus estudios escolares.

¿Cómo ayudará este proyecto a mi hijo?

Los doctores, los enfermeros y su personal pueden proporcionar servicios de comunicación y atención médica especiales si es que su hijo está faltando a la escuela. Por ejemplo, el doctor de su hijo puede recomendar un medicamento nuevo o diferente para ayudar a que su hijo se sienta mejor y controlar mejor el asma, las alergias u otras enfermedades de su hijo. El equipo de atención médica también puede ayudar con otros problemas comunes para llegar a la escuela, como el transporte o las necesidades de cuidado de niños.

¿Cuales escuelas están participando?

Para el año escolar 2021-2022, las siguientes escuelas participarán en CARE: Bancroft Elementary, Cardozo Education Campus, Columbia Heights Education Campus, H.D. Cooke Elementary, Marie Reed Elementary, Powell Elementary, Boone Elementary, Burrville Elementary, Hendley Elementary, Ketcham Elementary, Savoy Elementary, Smothers Elementary, Thomas Elementary y Primaria Elementary. Se eligieron estas escuelas porque muchos estudiantes de estas escuelas reciben atención médica en las mismas clínicas. Esto permite que las DCPS se asocien estrechamente con esos doctores y equipo de enfermería.

¿Cómo me registro?

Para registrarse, firme el formulario de consentimiento adjunto y devuélvalo a la oficina de registro de la escuela de su hijo.

¿Cómo puedo conseguir más información?

Si tiene preguntas, hable con la oficina de registros, la clínica escolar o con el doctor de su hijo. También puede comunicarse con el equipo de Salud y Bienestar de las DCPS - healthservices.dcps@k12.dc.gov. Puede encontrar el documento de preguntas frecuentes en <https://dcps.dc.gov/node/1240146>.

Sinceramente,



Consentimiento para el Proyecto CARE

La salud es importante para el éxito en la escuela. La escuela de mi hijo se está asociando con doctores y enfermeros locales mediante el Proyecto de Esfuerzo para la Reducción del Ausentismo Crónico (CARE, por sus siglas en inglés) para ayudar a mantener a nuestros estudiantes saludables y exitosos en la escuela. Llene el siguiente formulario para dar su consentimiento para que su hijo participe.

Soy el padre/tutor de _____.
(Nombre del estudiante y fecha de nacimiento)

Al firmar a continuación, doy permiso para que mi hijo participe en el Proyecto CARE y doy mi consentimiento para que la escuela de mi hijo u otras personas en las DCPS compartan y analicen los registros de asistencia de mi hijo con los doctores, los enfermeros y con el personal de la clínica de mi hijo. Esto permitirá que las DCPS trabajen con estos profesionales de la salud para mantener a mi hijo saludable y para que sea exitoso en la escuela.

Reconozco y entiendo que tengo la oportunidad de revisar los registros que se compartirán y el derecho de cuestionar el contenido de dichos registros, y certifico que mi hijo no tiene al menos dieciocho (18) años.

Este consentimiento continuará durante la inscripción de mi hijo en las DCPS, a menos que retire mi consentimiento por escrito. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. AVISO: Si las DCPS desean compartir o hablar de otras secciones del expediente académico de mi hijo con el equipo médico de mi hijo, se me pedirá que proporcione un consentimiento por separado.

(Fecha)

(Firma del padre/tutor)

(Dirección actual del padre/tutor)

(Teléfono del padre/madre/tutor)

NEGATIVA A PARTICIPAR

Al firmar a continuación, me niego a que mi hijo participe en el Proyecto CARE y me niego a que los registros de asistencia de mi hijo se compartan con los doctores, los enfermeros y con el personal de la clínica de mi hijo.

(Fecha)

(Firma del padre/tutor)

(Dirección actual del padre/tutor)

(Teléfono del padre/tutor)



Consentimiento del Proyecto CARE para estudiantes mayores de 18 años

La salud es importante para el éxito en la escuela. Mi escuela se está asociando con doctores y enfermeros locales mediante el Proyecto de Esfuerzo para la Reducción del Ausentismo Crónico (CARE, por sus siglas en inglés) para ayudar a mantener a nuestros estudiantes saludables y exitosos en la escuela. Llene el siguiente formulario para dar su consentimiento para participar.

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

Al firmar a continuación, doy permiso para participar en el Proyecto CARE y doy mi consentimiento para que mi escuela u otras personas de las DCPS compartan y analicen mis registros de asistencia con mi doctor, enfermero y personal de la clínica. Esto permitirá que las DCPS trabajen con estos profesionales de la salud para mantenerme saludable y para que sea exitoso en la escuela.

Reconozco y entiendo que tengo la oportunidad de revisar los registros que se compartirán y el derecho a cuestionar el contenido de dichos registros, y certifico que tengo al menos dieciocho (18) años de edad.

Este consentimiento continuará durante mi inscripción en las DCPS, a menos que retire mi consentimiento por escrito. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. AVISO: Si las DCPS desean compartir o hablar de otras secciones de mi registro académico con mi equipo médico, se me pedirá que proporcione un consentimiento por separado.

(Fecha)

(Firma del estudiante)

(Dirección actual del estudiante)

(Teléfono del estudiante)

NEGATIVA A PARTICIPAR

Al firmar a continuación, me niego a participar en el Proyecto CARE y me niego a que mis registros de asistencia se compartan con mi doctor, enfermero y personal de la clínica.

(Fecha)

(Firma del estudiante)

(Dirección actual del estudiante)

(Teléfono del estudiante)