

Forsyth County Schools does not discriminate on the basis of race, color, religion, national origin, age, disability, or gender in employment decisions or educational programs and activities.

Programa General de Evaluación de Escoliosis Formulario de Rehuso

(Scoliosis Refusal Form)

Estimados Padres:

Durante las próximas semanas, nuestra escuela y el Departamento de Salud del Condado local conducirán Evaluaciones de Escoliosis para identificar a los niños con sospecha de tener una curvatura en la columna vertebral. En Georgia, evaluaciones de escoliosis son requeridas por la ley en por lo menos dos grados- sexto, séptimo u octavo; estaremos evaluando a estudiantes de séptimo y octavo grado.

De acuerdo a la información que tenemos disponibles, de siete a diez niños de cada 100 puede desarrollar escoliosis; y uno de cada tres requerirá tratamiento. Si esta condición es detectada temprano y tratada apropiadamente, la progresión de la deformidad de la columna puede ser prevenida.

La Evaluación de Escoliosis es un proceso simple y sin dolor que solo toma aproximadamente 30 segundos. Los niños y las niñas simplemente removerán sus camisetas para la evaluación; las niñas y niños serán evaluados por separado. Una persona entrenada para reconocer la escoliosis observa la columna del Niño/a- primero con el Niño/a de pie y luego con el Niño/a doblándose hacia delante y alejado del evaluador. Si la espalda, los hombros o las caderas del Niño/a parecen estar desiguales, el evaluador/a recomendará más seguimiento para determinar si se presenta la escoliosis. Recibirá por correo una Notificación para Padres y Formulario de Referimiento si su Niño/a necesita que lo vea un doctor para más evaluación por escoliosis.

Si usted **NO** quiere que su Niño/a sea evaluado como hemos descrito arriba, complete la información mas abajo en el lado izquierdo de este Formulario. Si su Niño/a ya esta recibiendo cuidados médicos por problemas de la columna, por favor complete la información mas abajo en el lado derecho de este Formulario. Por favor regrese este Formulario a la escuela lo más pronto posible; antes de la fecha de la Evaluación para Escoliosis.

Sinceramente,

Director/Maestro

No quiero que mi niño/a sea evaluado/a para escoliosis

Escriba Nombre del Estudiante

Escriba Nombre del Padre/ Madre

Nombre de la Escuela

Teacher

Grade

Firma del Padre/Tutor Legal

Date

Mi hijo/a _____ **está actualmente** bajo cuidado medico/ observación por problemas de la columna

Escuela: _____

Maestro/a: _____

Grado: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/ Tutor